

Juuli Kemiläinen
Karoliina Paavilainen

TYÖTTÖMILLE SUUNNATTU LIIKUNTANEUVONTAMALLI
PALVELUKESKUS SOTEEKILLE

Fysioterapian koulutusohjelma
2011

TYÖTTÖMILLE SUUNNATTU LIIKUNTANEUVONTAMALLI PALVELUKESKUS SOTEEKILLE

Kemiläinen, Juuli
Paavilainen, Karoliina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Joulukuu 2011
Ohjaaja: Keckman, Marjo
Sivumäärä: 48
Liitteitä: 5

Asiasanat: liikuntaneuvonta, terveyden edistäminen, työttömät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Palvelukeskus Soteekin liikuntapalveluja suunnittelemalla heille työttömien liikuntaneuvontamalli, joka pohjautuu kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Tutkimusten mukaan työttömien sekä fyysinen että psyykinen hyvinvointi on huonompi ja he sairastavat enemmän kuin saman ikäiset työssä käyvät. Työttömillä on lisäksi havaittu muuta väestöä enemmän yleisiä terveysriskejä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä, verenpainetta, korkeaa kolesterolia ja lihavuutta. Suuri osa näistä työttömien sairauksista ja terveysriskeistä on ehkäistävissä ja hoidettavissa liikunnan avulla.

Liikuntaneuvonta on viime vuosina otettu mukaan terveydenedistämistyöhön muun elintapaneuvonnan rinnalla. Toimivia ja pitkään jatkuvia liikuntaneuvontamalleja on kuitenkin esitelty vähän, minkä vuoksi tarve niille on suuri. Opinnäytetyö pyrkii vastaamaan tähän tarpeeseen.

Työn tavoitteena oli suunnitella työttömille lisää liikunta- ja terveystalvveluja. Toisena tavoitteena oli lisätä palvelukeskus Soteekin henkilökunnan tietämystä liikuntaneuvonnasta, liikuntapsykologiasta ja liikuntafysiologiasta sekä yhtenäistää Soteekin liikuntaneuvonta ohjausta. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi Soteekkiin liikuntaneuvontaa antavan henkilökunnan tueksi tuleva perehdytyskansio teoriatietoineen, liikuntaneuvontaprosessia kuvaava kaavio sekä erilaisia liikuntaneuvontaa tukevia lomakkeita. Liikuntaneuvontaa toteuttava työyhteisö on moniammatillinen ja työntekijät ovat sitoutuneet toimintaan. Liikuntaneuvonta keskittyy fyysisesti pitkälti Palvelukeskus Soteekin ja Satakunnan ammattikorkeakoulun tiloihin.

Liikuntaneuvonta on intensiivistä ja se kestää kaksitoista kuukautta, pitäen sisällään tapaamisia, vapaaehtoista testausta, etäkontakteja, terveysluentoja, ryhmäliikuntatunteja sekä matalan kynnyksen liikuntaryhmän. Liikuntaneuvontamalli pohjautuu liikuntafysiologiaan ja -psykologiaan, erityisesti transteoreettiseen muutosvaihemalliin, motivoivaan haastatteluun ja asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistamiseen.

A PHYSICAL ACTIVITY COUNSELING MODEL FOR UNEMPLOYED PEOPLE TO SERVICE CENTER SOTEEKKI

Kemiläinen, Juuli

Paavilainen, Karoliina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

December 2011

Supervisor: Keckman, Marjo

Number of pages: 48

Appendices: 5

Key words: physical activity counseling, health promotion, the unemployed

The aim of this thesis was to develop the sport services of Service Center Soteekki. Studies have shown that the physical and mental well-being of the unemployed is lower than that of the working people. The unemployed are more likely to suffer from illnesses and health risks like smoking, alcohol abuse, blood pressure, cholesterol and overweight. Most of these illnesses and health risks could be prevented and treated with physical activity.

The counseling of the physical activity is nowadays an important part of the health promotion. However there are not many functional physical activity counseling models and therefore the demand for this model is very high. This thesis is aiming to answer to this demand.

The aim of this thesis was to plan more sport and health services for the unemployed. The second aim was to develop the knowledge of staff in Soteekki regarding of P.A. counseling, exercise physiology and exercise psychology and standardize Soteekki's counseling in P.A. Following this thesis, a guidebook for the P.A. counseling staff, a model representing P.A counseling process and some forms were produced. The work group carrying out the physical activity counseling is multi-professional and committed to its task. Physical activity counseling takes place in the facilities of Soteekki and Satakunta University of Applied Sciences.

Physical activity counseling is intensive and it lasts twelve months. Counseling includes meetings, optional testing, communication via phone and computer, health promotion lectures, doing physical exercise in groups and a low-threshold physical exercise group. The P.A. counseling model is based on physiology and psychology of exercise. Especially of the psychology of exercise concentrate on transtheoretical model of behavior change, motivational interview and efficacy emotions.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	6
2.1	Projektin tarkoitus	6
2.2	Projektin tavoitteet	7
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN LIKUNNAN AVULLA.....	7
3.1	Työikäisten terveystiikunta	7
3.2	Työikäisten liikuntasuosituksu ja niiden toteutuminen	7
4	TYÖTTÖMYYS JA SEN VAIKUTUS HYVINVOINTIIN	10
4.1	Työttömyys ja työttömien hyvinvointi	10
4.2	Työttömien työkyky	11
4.3	Työttömien liikunta-aktiivisuus	12
5	LIKUNTAFYRIOLOGIA	13
5.1	Harjoittelun peruseriaatteet	13
5.2	Liikunnan terveystaikutukset ja niihin vaadittava aika	14
5.2.1	Liikunta ja hengitys- ja verenkiertoelimistön sairaudet	15
5.2.2	Liikunta ja aineenvaihdunnalliset sairaudet	16
5.2.3	Liikunta ja tuki- ja liikuntaelimistön ongelmat	18
5.2.4	Liikunta ja mielenterveyden häiriöt	19
6	LIKUNTAPSYKOLOGIA	20
6.1	Mikä vaikuttaa liikkumiseemme?	20
6.2	Motivoiva haastattelu	21
6.3	Trasteoreettinen muutosvaihemalli liikuntaneuvonnassa.....	23
6.4	Pystyvyyden tunne apuna liikunnan aloittamisessa ja jatkamisessa	25
6.5	Olemassa olevat liikuntaneuvontamallit ja liikuntapsykologian osuus niissä....	26
7	TYÖTTÖMILLE SUUNNATUN LIKUNTANEUVONTAMALLIN TOTEUTUS SOTEEKISSA	29
7.1	Perehdytyskansion ja lomakkeiden käyttö Soteekissa	29
7.2	Liikuntaneuvontaa antava henkilökunta.....	31
7.3	Liikuntaneuvonnan aloittaminen ja yhteistyötahot	31
8	PROJEKTIN TUOTOKSENA SYNTYNYT LIKUNTANEUVON- TAPROSESSI	32
9	POHDINTA.....	39
9.1	Opinnäytetyön aiheen valinta.....	39
9.2	Projekti ja siinä syntyneet tuotokset.....	40
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Työttömyyden ja terveyden sekä hyvinvoinnin välillä on havaittavissa selviä yhteyksiä. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisun mukaan työttömien hyvinvointi on huonompi ja he sairastavat enemmän kuin työssä käyvät. Työttömillä on havaittu muuta väestöä enemmän yleisiä terveysriskejä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä, verenpainetta, korkeaa kolesterolia ja lihavuutta. Työttömyys huonontaa terveyttä ja hyvinvointia, mutta myös huono terveys vaikeuttaa työllistymistä. Näin syntyy kierre, joka ruokkii itse itseään. (Heponiemi ym. 2008, 11-15; Työ- ja elinkeinoministeriö 2011, 7-9.) Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan työttömien määrä Suomessa oli heinäkuussa 2011 192 000 henkilöä. Tämä on 8,4 % 15-74 vuotiaiden väestöstä. Miesten työttömyysaste (7,2 %) oli hieman suurempi kuin naisten (6,6 %). (Tilastokeskus 2011.)

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen 2010-tutkimuksen mukaan työttömistä 66 % harrastaa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Eniten liikkuvat 35-44-vuotiaat miehet ja 55-64-vuotiaat naiset, vähiten taas 25-34-vuotiaat naiset sekä miehet. Työttömistä vain 31 % kokee oman ruumiillisen kuntonsa erittäin hyväksi tai melko hyväksi. (Helakorpi ym. 2011, 141.) Kaksi liikuntakertaa viikossa ei riitä täyttämään UKK-instituutin tai amerikkalaisten terveysliikuntasuosituksia, jotka on suunniteltu edistämään työikäisten terveyttä (Toropainen 2011, 3).

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan liikkumattomuus on noussut 2000-luvulla neljänneksi yleisimmäksi kuolinsyyksi (Mäkinen 2011, 15; Vasankari 2010, 6). Liikunnan ja kansanterveydenlaitos on koonnut yhteen oppaaseen kokemuksia toimivista liikuntaneuvontakäytännöistä. Liikuntaneuvontamalleja, jotka ovat hyviä ja toimivia on kuitenkin esitetty vähän. Ja ne jotka ovat olleet toimivia, ovat toimineet projektityyppisinä lyhyinä kokeiluina. Vasta viime vuosina liikuntaneuvontaa on alettu tunnistamaan muun elintapaneuvonnan rinnalla yhdeksi osaksi terveydenedistämistyötä ja näin ollen tarve pysyville ja toimiville liikuntaneuvontamalleille on suuri. (Vasankari 2010, 6.)

Edellä mainittujen tietojen valossa työttömille suunnattu liikuntaneuvontamalli on perusteltu. Tällä opinnäytetyöllä pyritään kehittämään työttömien liikuntaneuvontapalveluja yhteistyössä Palvelukeskus Soteekin kanssa. Liikuntaneuvontamallin toteutuksessa otetaan huomioon niin liikunfafysiologian kuin –psykologiankin perusteet.

2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

2.1 Projektin tarkoitus

Palvelukeskus Soteekki on Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalpalvelukeskus. Soteekin yhteistyökumppaneita voivat olla yritykset, yhteisöt ja yksityiset asiakkaat. Soteekki tarjoaa laadukkaita hyvinvointipalveluja kaikille kolmelle edellä mainituille taholle opiskelijatyönä eri ammattialojen opettajien ohjauksessa. Soteekissa toimii moniammatillisesti sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-, sosionomi- ja fysioterapeuttiopiskelijoita. Soteekin järjestämä toiminta on maksullista. (Lamminen & Mäkelä 2010, 11.)

Soteekki on aloittanut toimintansa vuonna 2008 ja pyrkii kehittämään omaa toimintaansa ja ottaa rohkeasti uusia palvelumalleja käyttöönsä. Soteekki tarjoaa palveluita tilaajien tarpeiden ja omien resurssiensa pohjalta. Tällä hetkellä Soteekin palveluihin ja palvelutuotteisiin kuuluvat muun muassa erilaiset liikuntapalvelut, kuten tasapaino- ja allasryhmä sekä mielenterveyskuntoutujien ryhmä. Soteekki tarjoaa myös erilaista fyysisen toimintakyvyn testausta ja testaustulosten pohjalta annettavaa ohjausta ja neuvontaa. Lisäksi Soteekki tarjoaa yrityksille ja yhteisöille TerveysHälytys nimistä tuotepakettia, joka tukee terveyden edistämistä. (Lamminen & Mäkelä 2010, 4-8.)

Projektin tarkoituksena on kehittää Palvelukeskus Soteekin liikuntaneuvontapalveluja. Tarkoituksena on luoda transteoreettiseen muutosvaihemalliin, motivoivaan haastatteluun ja asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistamiseen pohjautuva liikuntaneuvontamalli, joka on suunnattu työttömille.

2.2 Projektin tavoitteet

Projektin tavoitteena on lisätä Soteekin henkilökunnan tietämystä liikuntaneuvonnasta, liikuntapsykologiasta ja -fysiologiasta sekä työttömien hyvinvoinnista. Liikuntaneuvontaohjeistuksella pyritään yhtenäistämään Soteekin henkilökunnan tapaa antaa liikuntaneuvontaa. Liikuntaneuvontaa toteutetaan transteoreettisen muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun avulla.

Projektin tavoitteena on kehittää työttömille suunnattuja terveys- ja liikuntapalveluja. Liikuntaneuvontamallin avulla Soteekin henkilökunta pyrkii yhdessä asiakkaiden kanssa lisäämään heidän hyvinvointiaan, motivoimaan heitä liikkumaan ja valmistelemaan heitä palaamaan työelämään.

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN LIIKUNNAN AVULLA

3.1 Työikäisten terveysliikunta

Terveysliikunnaksi lasketaan kaikki sellainen fyysinen aktiivisuus, joka ylläpitää tai parantaa terveyskuntoa tehokkaasti ja turvallisesti. Terveyskuntoon kuuluvat ne fyysisen kunnon tekijät, jotka vaikuttavat positiivisesti terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. Terveyskunto pitää sisällään muun muassa aerobisen, motorisen sekä tuki – ja liikuntaelimistön kunnon osa-alueet. Lisäksi terveyskuntoon kuuluvat yleinen terveys, sopiva paino ja vyötärön ympärys. (Fogelholm & Oja 2011, 67.) UKK-instituutin terveysliikuntasuositukset ovat suunnattu työikäisille 18-64-vuotiaille (Toropainen 2011, 3).

3.2 Työikäisten liikuntasuositukset ja niiden toteutuminen

Terveysliikuntasuositusten perustana on tieteellinen näyttö liikunnan ja terveyden annos-vastesuhteista. Terveysliikuntasuositusten tulee olla ymmärrettäviä ja helposti toteutettavia. Terveysliikuntasuositusten mukaisella liikunnalla saavutetaan fyysisen

kunnon perustaso, jolla vältetään suurimmat liikkumattomuuteen liittyvät terveyshaiatat. (Fogelholm & Oja, 2011, 67, 73). Kuvassa yksi on UKK-instituutin terveystiikuntasuosituksia kuvaava, havainnollistava liikuntapiirakka, joka on kehitetty liikuntaneuvonnan helpottamiseksi, niin asiakkaan kuin työntekijänkin näkökulmasta.



Kuva 1. UKK-instituutin liikuntapiirakka. (UKK-instituutti 2011.)

Liikuntapiirakka on jaettu kolmeen osaan, jotka ovat lihaskunto ja liikehallinta sekä kestävyyskunnon kaksi eri raskuustasoa. Piirakan keskiosassa olevan lihaskunnon ja liikehallinnan osa-alueita ovat muun muassa lihaskestävyys, lihasvoima, nivelten liikkuvuus, liikkeiden hallinta ja tasapaino. Lihaskuntaa lisääviä lajeja ovat muun muassa kuntosali ja erilaiset ohjatut jumput, liikehallintaa kehittävät venyttely ja erilaiset tasapainoharjoitteet. Lihaskuntaa ja liikehallintaa on mahdollista kehittää myös samanaikaisesti esimerkiksi tanssissa, palloleissa, kahvakuula harjoittelussa ja erilaisissa ohjatuissa jumppissa. Lihaskuntaa ja liikehallintaa tulisi kehittää kahdesti viikossa. Piirakan yläosa kuvaa reipasta perusliikuntaa, jossa päätarkoituksena on yleensä jokin muu kuin itse liikunta. Tällaista liikuntaa ovat arki-, hyöty- ja työmatkaliikunta. Piirakan yläosaan kuuluu myös kevyemmät kestävyyskunnon lajit, kuten kävely, sauvakävely ja pyöräily. Tämän tasoista liikuntaa tulisi harrastaa kaksi tuntia

30 minuuttia viikossa. Vaihtoehtona edelliselle on piirakan alaosassa olevat rasittavammat kestävyyskunnan liikuntalajit. Näitä lajeja ovat muun muassa juoksu, uinti, aerobic, hiihto sekä maila – ja pallopelit. Tätä tulisi harrastaa tunti 15 minuuttia viikossa. Piirakan alaosaa ja yläosaa voi halutessaan vaihdella tai yhdistellä omien mieltemysten ja tuntemusten mukaan. Piirakan yläosan perusliikunta edistää yleistä terveyttä ja painonhallintaa, eikä niinkään vaikuta täsmällisesti terveystason eri osa-alueisiin, toisin kuin piirakan keski – ja alaosan liikuntalajit. (Fogelholm & Oja, 2011, 73-75).

Kyselytutkimusten mukaan on arvioitu, että noin 45-60 % aikuisväestöstä liikkuisi viikoittain vähintään liikuntasuosituksen minimimäärän. Toisen tyyppinen tutkimus antaa täysin erilaista tietoa aiheesta, sen mukaan vyötärölle kiinnitettävän kiihtyvyysanturin avulla vastaavaksi tulokseksi on saatu huomattavasti pienempiä lukemia. Kiihtyvyysanturilla mitattuna yhdysvaltalaisesta aikuisväestöstä 5 % täyttää liikuntasuosituksen määrän, Ruotsin aikuisväestöstä vain 1 %. (Savonen 2010, 28-31). Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010- katsauksen mukaan kymmenes osa suomalaisista työikäisistä täyttäisi terveystasuosituksen kokonaisuudessaan. Kestävyyskunnan kannalta riittävästi liikkuu noin 50 %, mutta terveystasuosituksen lihaskunto-osuuden täyttää murto-osa suomalaisista työikäistä. Täysin liikkumattomia on noin viidesosa suomalaisesta aikuisväestöstä. (Husu 2011, 18-23.) Mäkisen mukaan oman terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia aikuisia on kolmas osa väestöstä (Mäkinen 2011, 14-15).

On muistettava, että riittämätön liikunnan määrä ei ole vakaa tila vaan vaaratekijät muuttuvat joka hetki epäedulliseen suuntaan. Liikkumattomuudesta johtuvat epäsuotuisat terveystulokset käyttäytyvät kuin etenevä sairaus, mikäli muutoksia liikuntatottumuksissa ei tapahdu. Muutosta mietittäessä kannattaa pitkään liikkumattomana olleen muistaa, että ei tarvitse heti yltää terveystasuosituksen minimimäärän, vaan sinne voi edetä pikkuhiljaa. (Savonen 2010, 28-31). Fyysinen aktiivisuuden lisäksi kannattaa tarkastella myös liikkumattomuuden ja passiivisen istumisen lisääntymistä. Arkielämä muuttuu koko ajan entistä passiivisemmaksi, jolloin edellä mainitut liikuntasuositukset eivät enää riitäkään. (Husu 2011, 18-23).

4 TYÖTTÖMYYS JA SEN VAIKUTUS HYVINVOINTIIN

4.1 Työttömyys ja työttömien hyvinvointi

Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan työttömien määrä Suomessa oli heinäkuussa 2011 192 000 henkilöä. Tämä on 8,4 % 15-74 vuotiaiden väestöstä. Miesten työttömyysaste (7,2 %) oli hieman suurempi kuin naisten (6,6 %). (Tilastokeskus, 2011.) Porin kaupungin alueella työttömyysaste oli vuonna 2010 11,6 % ilman lomautettuja työntekijöitä. Työttömiä työnhakijoita oli vuonna 2010 yhteensä 4 516 henkilöä, työvoimaa oli yhteensä 38 890 henkilöä. (Porin hallintokeskus, Talouspalvelut 2011, 39.)

Työttömien sekä fyysinen että psyykinen hyvinvointi on huonompi kuin työssäkäyvien. Työ- ja elinkeinomisiteriön julkaisun mukaan työttömien hyvinvointi on huonompi ja he sairastavat enemmän kuin työssä käyvät. Työkykynsä ja terveytensä kannalta heikoimmat ajautuvat muita useammin työttömiksi ja pitkäaikaisen työttömyyden on osoitettu itsessään lisäävän entisestään sairastavuutta ja heikentävän hyvinvointia. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011, 7.) Työttömillä on havaittu muuta väestöä enemmän myös yleisiä terveysriskejä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä, verenpainetta, korkeaa kolesterolia ja lihavuutta (Heponiemi ym. 2008, 12-15). Verenpainetta, korkeaa kolesterolia ja lihavuutta sekä liikunnan vaikutusta niihin käsitellään tarkemmin liikuntafysiologia -kappaleessa.

Työttömien elinajanodotteen on todettu olevan alhaisempi työikäisiin verrattuna. Miehillä elinajanodote on 6 vuotta ja naisilla 2 vuotta vähemmän työllistyneisiin verrattuna. Aikaisempi kuolleisuus, heikompi terveydentila ja yleisempi sairastavuus selittyy muun muassa jo todetulla huonommalla fyysisellä ja psyykkisellä kunnolla. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011, 7.) Työttömillä on myös yli kaksikertainen itsemurhariski työllistyneisiin verrattuna. Noin 50 % tästä riskistä selittyy työttömien mielenterveysongelmilla. Usein työttömyys aiheuttaa sairastavuuden lisäksi myös taloudellisia ongelmia. Nämä taloudelliset ongelmat vaikeuttavat muun muassa terveellisen ravinnon hankkimista, sosiaalista elämää ja harrastusmahdollisuuksia. (Heponiemi ym. 2008, 11.)

Terveysthuolto jakautuu Suomessa työkäisten kesken kunnalliseen tervetysthuoltoon, yksityiseen tervetysthuoltoon sekä työtervetysthuoltoon. Työssäkävät käyttävät pääsääntöisesti työtervetysthuoltoa ja yksityistä tervetysthuoltoa, kun taas työttömät heikosti resursoituja maksullisia kunnan tervetysthuoltopalveluita. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011, 7; Heponiemi ym. 2008, 11-12.) Kuten jo todettu työttömien sairastavuus ja tervetystriskit ovat yleisempiä kuin työssäkävillä. Kuitenkaan työttömät eivät hoida tervetystteen liittyviä vaivojaan yhtä todennäköisesti kuin työllistyneet. Työttömien tervetysthuoltopalveluiden vähäisyydestä, omasta taloudellisesta tilanteesta sekä suuremmasta sairastavuudesta ja palveluiden tarpeesta johtuen työttömät eivät saa riittävästi tervetysthuoltopalveluita. (Heponiemi ym. 2008, 11-12.)

Miehet kokevat naisia voimakkaammin työttömyyden kielteiset tervetystvaikutukset. Tarkemmin eriteltynä herkimpiä ovat keski-ikäiset miehet, takaisin työelämään pyrkivät naiset sekä juuri koulunsa päättäneet nuoret. Myös työttömyyden pituudella on todettu olevan vaikutusta heikompaan tervetystteen. Lisäksi henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten yksin eläminen, negatiivinen asenne uudelleen työllistymistä kohtaan sekä huono sosiaalinen verkosto, vaikuttavat niin ikään heikompaan tervetystteen. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011, 7; Heponiemi ym. 2008, 11-12.)

4.2 Työttömien työkyky

Työttömyyden ja työkyvyn välistä yhteyttä on tutkittu melko vähän. Työtön arvioi omaa työkykyään työlliseen nähden eri tavalla. Työtön arvioi työkykyään osaamisensa ja jaksamisensa sekä tervetystensä ja stressinsietokykynsä osalta. Hän ei pysty arvioimaan työn tämänhetkisiä vaatimuksia ja sitä miten hänen osaamisensa ja voimavaransa kohtaavat työn vaatimukset, koska häneltä puuttuu kokemus työstä. Työttömältä puuttuu myös kokemus työympäristöstä ja muun muassa sen sosiaalisista suhteista. (Aromaa & Koskinen 2010.)

Vaikka työttömien työkyvyn määrittäminen on ongelmallista, osoittavat kaikki tutkimukset, että työttömien työkyky on työllisiä alhaisempi (Aromaa & Koskinen 2010). Työpoliittisen tutkimuksen mukaan työttömistä naisista 40 % kokee työky-

kynsä olevan huono tai kohtalainen, miehillä vastaava luku on 38 %. Hyväksi työkykynsä työttömistä naisista kokee 28 % ja miehistä 36 %, erinomaiseksi naisista työkykynsä kokee 33 % ja miehistä 27 %. Työttömillä naisilla työkyvyn heikkeneminen on iän myötä selvempää kuin miehillä, toisaalta naisten työkyky on alle 45-vuotiaiden keskuudessa selvästi ikäisiään miehiä parempi. Oletuksista huolimatta työttömien työkyky on yllättävän hyvä. Erinomaiseksi tai hyväksi työkykynsä kokee kaikista työttömistä 61 %. Vertailuksi kaikista palkansaajista työkykynsä erinomaiseksi tai hyväksi kokee 91 %. (Holm, Jalava & Ylöstalo 2006.)

4.3 Työttömien liikunta-aktiivisuus

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan työttömistä miehistä liikkuu riittävästi 28 % ja naisista 32,4 %. Saman tutkimuksen mukaan koko- tai osapäivätyössä käyvistä miehistä liikkuu riittävästi 26,9 % ja naisista 39,6 %. Miehet liikkuvat siis naisia vähemmän, mutta työttömät miehet näyttävät liikkuvan enemmän kuin työssäkäyvät miehet. Naisilla tilanne on päinvastainen. (Fogelholm 2007, 49.)

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen 2010 -tutkimuksen mukaan työttömistä 66 % harrastaa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Eniten liikkuvat 35-44-vuotiaat miehet ja 55-64-vuotiaat naiset, vähiten taas 25-34-vuotiaat naiset sekä miehet. Työttömistä vain 31 % kokee oman ruumiillisen kuntonsa erittäin hyväksi tai melko hyväksi. (Helakorpi ym. 2011, 141.)

Liikkumattomuuden sosioekonomisten erojen kaventaminen on tärkeää taloudellisten ja eettisten syiden takia. Liikkumattomuus ja siitä aiheutuvat sairaudet kustantavat terveydenhuollolle 200-250 miljoonaa euroa vuodessa. Suuri osa näistä sairauksista ja niiden aiheuttamista terveydenhuollon kuluista on ehkäistävissä. Myös eettiset syyt ovat tärkeitä liikkumattomuuden sosioekonomisten erojen kaventamisessa, koska koulutuksesta, ammatista tai tulotasosta riippumatta kaikilla tulisi olla yhtäläiset mahdollisuudet harrastaa liikuntaa. (Sipilä & Wessman 2011.)

5 LIIKUNTAFYYSIOLOGIA

5.1 Harjoittelun perusperiaatteet

Harjoittelun tärkein päämäärä on parantaa spesifejä fyysisiä ominaisuuksia järkyttämällä kehon tasapainotilaa eli homeostaasia. Jotta tämä onnistuu, on harjoittelun suunnittelussa otettava huomioon harjoittelun useus, harjoituksen kokonaiskesto, harjoitettava ominaisuus, nopeus, intensiteetti, yhden harjoituksen kesto ja toistojen sekä levon määrä. Harjoittelussa tulee ottaa huomioon myös harjoittelun perusperiaatteet, joita ovat akuutti ylikuormitus, spesifisyys, yksilöllisyys, nousujohteisuus eli progressiivisuus, jaksotus ja palautuminen. (McArdle, Katch & Katch 2010, 452; Godfrey & Whyte 2006, 23-24).

Säännöllinen ylikuormitus mahdollistaa kunnon kehittymisen. Kun harjoite toteutetaan suuremmalla intensiteetillä kuin mihin elimistö on tottunut, joutuu elimistö sopeutumaan tähän ylikuormitustilaan ja toimii näin tehokkaammin. Sopivan ylikuormitustilan ja paremman kunnon saavuttaminen vaatii harjoittelun useuden, intensiteetin ja keston huomioimista sekä keskittymistä harjoitustapaan. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää siihen, milloin harjoitus voidaan toistaa. Tämä yksilöllinen ja progressiivinen ylikuormituksen periaate soveltuu niin terveys- ja kuntoliikkujien kuin urheilijoidenkin harjoitteluun. (McArdle ym. 2010, 453; Koutedakis, Metsios & Stavropoulos-Kalinoglou 2006, 5-7).

Spesifisyyden periaatteella tarkoitetaan sitä, että harjoitteiden pitää harjoittaa niitä ominaisuuksia, joiden halutaan kehittyvän. Spesifi harjoittelu saa aikaan spesifejä vaikutuksia metabolisiin tai fysiologisiin ominaisuuksiin ja edistää näin toivottuja harjoitusvaikutuksia. Harjoittelusta saadaan parhaat tulokset, kun harjoitteet on laadittu yksilön ominaisuuksien, kapasiteetin ja tarpeiden mukaan. Kaikki yksilöt eivät reagoi stimulukseen eli harjoitteeseen samalla tavalla. Tärkein vaikuttavin yksilötekijä on lähtötaso. Mitä huonompi lähtötaso on, sitä parempi on yleensä kehitys. (McArdle ym. 2010, 453, 456-457).

Harjoittelun jaksotus mahdollistaa monipuolisen kehityksen, vaihtelevan harjoittelun, keskittymisen tietyn ominaisuuden harjoittamiseen ja pitkäaikaisen harjoittelun suunnittelun. Harjoittelun jaksotus jaetaan eri mittaisiin sykleihin, joiden kestot vaihtelevat yhdestä päivästä ja viikosta vuoteen. (Koutedakis ym. 2006, 11-16). Myös palautuminen on tärkeä osa harjoittelua ja sen jaksottamista. Palutumisen aikana keho sopeutuu akuuttiin ylikuormitukseen ja suoritustaso nousee. Suorituksesta palautuminen riippuu harjoittelun tyypistä ja intensiteetistä, mutta yleensä keho on täysin palautunut 48 tunnin kuluttua harjoituksesta. Pitää kuitenkin muistaa, että fyysisten ominaisuuksien ja suorituskyvyn heikkeneminen alkaa nopeasti, jo 1-2 viikkoa harjoittelun lopettamisen jälkeen. Erään tutkimuksen mukaan maksimaalinen hapenotto- ja sydämen minuuttilavuus ovat vähentyneet 8 % ja sydämen iskutilavuus 10 %, kun harjoittelun lopettamisesta on kulunut alle kolme viikkoa. (McArdle ym. 2010, 456-457).

5.2 Liikunnan terveysvaikutukset ja niihin vaadittava aika

Liikunta auttaa ylläpitämään ja parantamaan toimintakykyä. Säännöllisellä liikunnalla pystytään pienentämään todennäköisyyttä sairastua yli 20 sairauteen tai sairauden esiasteeseen. Ehkäisyn lisäksi liikuntaa käytetään monien sairauksien, oireyhtymien ja oireiden hoidossa sekä kuntoutuksessa. (Vuori 2011, 12-13). Toimintakyvyn lisäksi liikunta vaikuttaa positiivisesti myös työkykyyn. Tutkimusten mukaan lähes 90 % suomalaisista on kokenut liikunnan parantaneen heidän psyykkistä työkykyään. Lisäksi reilu kolme neljännestä katsoo liikunnan lisäävän fyysistä työkykyä ja kaksi kolmasosaa sosiaalista työkykyä. (Heikkinen & Ilmarinen 2001, 653-655; Javanainen 2007.) Liikunta vaikuttaa siis yksilön terveydellisiin voimavaroihin, jotka ovat työkyvyn perusta. Kaikki työkyvyn osa-alueet ovat yhtä tärkeitä ja yhden osa-alueen heikkeneminen voikin rajoittaa myös muita osa-alueita. Esimerkiksi heikko fyysinen toimintakyky voi rajoittaa psyykkistä ja sosiaalista aktiivisuutta. (Heikkinen & Ilmarinen 2001, 653-655.)

5.2.1 Liikunta ja hengitys- ja verenkiertoelimistön sairaudet

Liikunnalla pystytään vaikuttamaan hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksista muun muassa korkeaan verenpaineeseen, veren korkeisiin lipidiarvoihin ja sepelvaltimotautiin (Vuori 2011, 13). Työttömillä on havaittu työllisiä useammin olevan sekä korkea verenpaine että kohonnut kolesterolit. Työttömät myös tupakoivat ja käyttävät alkoholia enemmän kuin työssäkäyvät. (Heponiemi ym. 2008, 11-14.) Kaikki nämä tekijät lisäävät sepelvaltimotaudin riskiä (Vuori & Kesäniemi 2011, 348).

Verenpainetta kohottavat geneettisten eli perinnöllisten tekijöiden lisäksi useat elintapatekijät, kuten vähäinen liikunta, runsas ruokasuolan ja alkoholin käyttö, liikapaino ja psyykinen stressi. Kohonnut verenpaine on yksi suurimmista sepelvaltimotaudin vaaratekijöistä. Terveysliikuntasuosituksen mukainen liikunta vähentää verenpainetta lähes yhtä paljon kuin yksi verenpainelääke. Liikunta onkin ravinnon ohella tärkein lievästi kohonneen verenpaineen hoitokeino. Liikunnalla pystytään myös ehkäisemään verenpaineen nousua. (Kukkonen-Harjula 2011, 131-132; Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2011, 413-414). Kukkonen-Harjulan & Rauramaan (2011, 413) mukaan liikunnalla saavutetaan keskimäärin 5 mmHg:n lasku sekä systolisessa että diastolisessa paineessa. Kestävyysliikunta voi laskea verenpainetta välittömästi liikuntasuorituksen jälkeen 12-16 tunniksi. Pidempiaikaiset muutokset lepoverenpaineessa saavutetaan kahdeksan viikon säännöllisen harjoittelun jälkeen. (Kukkonen-Harjula 2011, 133-134; Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2011, 413-416).

Veren lipidit eli lipoproteiinit sisältävät erilaisia rasvayhdisteitä (kolesterolit, triglyseridit, fosfolipidit) ja valkuaisaineita, joita maksa muokkaa muun muassa lihasten energianlähteeksi. Tärkeimpiä lipoproteiini luokkia ovat HDL (high-density lipoprotein) eli niin sanottu hyvä kolesterolit, LDL (low-density lipoprotein) eli niin sanottu huono kolesterolit ja VLDL (very low-density lipoprotein), joka sisältää runsaasti triglyseridejä. Liikunta sekä suurentaa HDL-kolesterolin pitoisuutta että vähentää LDL- ja VLDL-kolesterolien osuutta kokonaiskolesterolista. Kestävyystyyppinen liikunta, kuten ripeä päivittäinen 30-60 minuutin kävely, lisää HDL-kolesterolia 5 % sekä vähentää triglyseridejä 4 % ja LDL-kolesterolia 5 %. Myös lihaskuntoharjoittelu vaikuttaa myönteisesti veren lipideihin. Tuoreen meta-analyysin mukaan lihaskuntoharjoittelu pienentää LDL-kolesterolia 5 %, triglyseridejä 6 % ja kokonaiskolesterolia

lia 3 %, HDL-kolesterolissa ei havaittu muutoksia. Sekä kestävyys- että lihaskuntoharjoittelun tulee toistua säännöllisenä useita kuukausia, jopa puoli vuotta, ennen kuin harjoittelun vaikutukset näkyvät veren lipidiarvoissa. (Kukkonen-Harjula 2011b, 124-127).

Sepelvaltimotaudin eli sydämen sepelvaltimoiden ahtautumisen riskitekijöitä ovat muun muassa edellä mainitut kohonnut verenpaine, alhainen HDL-pitoisuus ja korkea LDL-pitoisuus. Näiden lisäksi huono fyysinen kunto, vähäinen liikunta, runsas alkoholin ja tupakan käyttö sekä liikapaino lisäävät riskiä sairastua sepelvaltimotautiin. Tutkimustietojen mukaan sepelvaltimotauti tai sen aiheuttama kuoleman vaara ja liikunnan määrä ovat kääntäen verrannollisia. Kohtuukuormitteinen liikunta, kuten kävely puoli tuntia päivässä useimpina päivinä viikossa, vähentää sairastumisriskiä meta-analyysin mukaan noin 20 %. Jo yksi liikuntakerta vähentää ahtautumisriskiä muun muassa vähentämällä veren hyytymistäipumusta ja parantamalla hyytymän liukenemista. Kuukausien säännöllinen ja kohtuullisen kova liikunta taas parantaa muun muassa sydänlihaksen supistumiskykyä ja vähentää rytmihäiriövaaraa. (Vuori 2011b, 137-142; Vuori & Kesäniemi 2011, 348-363).

5.2.2 Liikunta ja aineenvaihdunnalliset sairaudet

Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia useiden aineenvaihdunnallisten sairauksien, kuten lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän, sekä ehkäisyssä että hoidossa (Vuori, 2011, 13). Työttömyyden on osoitettu joissakin tutkimuksissa olevan yhteydessä lihavuuteen. Erityisesti naisilla on havaittu yhteys työttömyyden ja lihavuuden välillä. Naisten liikalihavuus myös lisää työttömyysriskiä. (Härkönen & Räsänen 2008, 7.)

Metabolisessa oireyhtymässä esiintyy yhtäaikaan useita sydän- ja verenkiertosairauksien riskitekijöitä. Metabolinen oireyhtymä altistaa sairastumista valtimotauteihin ja tyypin 2 diabetekseen. Oireyhtymä diagnosoidaan vyötärön ympärysmittan, veren triglyseridien ja HDL-kolesterolin pitoisuuden, verenpaineen ja plasman glukoosipitoisuuden paastoarvon perusteella. (Kukkonen-Harjula 2011b, 124-125). Liikunnan

vaikutuksia näihin oireisiin kuvataan tässä kappaleessa sekä kappaleessa 5.2.1 Liikunta ja hengitys- ja verenkiertoelimistön sairaudet.

Lihavuus heikentää sydän- ja verenkiertoelimistön ja tuki- ja liikuntaelimistön kuntoa sekä psykososiaalista elämänlaatua. Liikunnalla pystytään vaikuttamaan lihavuuteen ja siihen liittyviin sairauksiin joko suoraan liikunnasta saatavien vaikutusten avulla tai epäsuorasti osana painonhallintaa. Sekä poikittaistutkimusten että pitkien saurantatutkimusten tulosten perusteella voidaan todeta, että parhaiten painonhallinnassa onnistuvat fyysisesti aktiivisimmat. Pelkällä liikunnalla ei ole saavutettu kovin hyviä tuloksia painonpudotuksessa, varsinkaan yli kuusi kuukautta kestäneissä tutkimuksissa. Tutkimustulokset voivat kertoa myös siitä, että liikapainoisia on vaikea motivoida liikkumaan pitkäjänteisesti. Mutta mikäli tässä onnistutaan, on saavutetun painonpudotuksen pysyvyys merkittävästi parempi. Vaikka liikunnan osuus painonpudotuksessa ei välttämättä ole merkittävä, saavutetaan liikunnalla kuitenkin sellaisia terveysvaikutuksia, joita ei ruokavaliota muuttamalla pystytä saavuttamaan. Sekä kestävyys- että voimaharjoittelu vähentää rasvakudoksen määrää ja lisää lihasten määrää, jolloin saavutetaan terveellisempi kehon koostumus. Liikunta myöskin vähentää terveydelle erittäin haitallisen, viskeraalisen eli vyötärön sisäosien rasvan määrää. Liikkuen laihdutettu kilo on siis terveyden kannalta hyödyllisempi. (Fogelholm 2011, 112-121; Fogelholm & Kaukua 2011, 426-436).

Tyypin 2 diabeteksen suurimmat riskitekijät ovat liikapaino ja liikkumattomuus. Tämän vuoksi liikunta on tehokas keino sekä ehkäistä että hoitaa tyypin 2 diabetesta. Liikunta esimerkiksi parantaa pitkän ajan glukoositasapainoa, lisää hiussuonistoa ja kuljetusproteiinien määrää, mikä parantaa insuliiniherkkyyttä ja vähentää insuliinin tarvetta. Nämä muutokset ovat havaittavissa muutamien viikkojen säännöllisen harjoittelun jälkeen. Jo kohtalaisesti kuormittava liikunta, kuten 30 minuuttia kävelyä tai pyöräilyä päivittäin, ehkäisee sairastumista. Parhaat tulokset tyypin 2 diabeteksen hoidossa on saatu, kun liikuntaohjelmassa on yhdistetty sekä kestävyyskuntoa että lihasvoimaa lisääviä harjoitteita. (Kukkonen-Harjula 2011b, 127-129, 141; Eriksson 2011, 444-448).

5.2.3 Liikunta ja tuki- ja liikuntaelimistön ongelmat

Suurimmat riskitekijät tuki- ja liikuntaelimistön eli tule-oireisiin, -sairauksiin ja -toiminnanvajauksiin ovat liian vähäinen liikunta sekä työn fyysiset ynnä muut kuormitustekijät. Lisäksi riskiä lisäävät tupakointi, liikapaino, huono lihaskunto ja tasapaino, puutteellinen ravinnon saanti sekä tapaturmat. Liikunta on halpa, mutta vaikuttava lääke tule-ongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Tule-oireet ja -sairaudet ovat vakava kansanterveyden ja -talouden ongelma ja niiden aiheuttamat kokonaiskustannukset ovat yli 2,5 miljardia euroa vuodessa. (Bäckmand & Vuori 2010, 8-10). Myös työttömillä tule-oireet ja -sairaudet ovat yleisiä. Tule-ongelmat ovat mielenterveysongelmien ohella yleisin syy vajaakuntoisuuteen. Vajaakuntoisuudella tarkoitetaan todetun vamman, sairauden tai vajavuuden takia huonontunutta mahdollisuutta saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä. (Vedenkannas ym. 2011, 12-13, 73, 75.)

Luuston huippumassa on hankittu lapsuudessa ja nuoruudessa liikuntaa harrastamalla. Aikuisena toteutettu liikunta ylläpitää tätä massaa ja luuston vahvuutta. Liikunta kuitenkin vahvistaa luustoa vain niissä kohdissa, joihin kuormitus kohdistuu. Tehokainta luuliikuntaa on tärähdyksiä, nopeita kiertoja, vääntöjä ja värähdyksiä sisältävät lajit. Kuormituksen tulee olla voimakasta, mutta lyhytaikainenkin kuormitus pienillä päivittäisillä toistomäärillä riittää ylläpitämään luumassaa. (Suni & Vuori, 2010, 45). Edellä mainitulla liikunnalla pystytään ehkäisemään esimerkiksi osteoporoosia ja kaatumistapaturmia (Kannus, 2011, 157-159).

Liikunta parantaa nivelten toimintakykyä muun muassa ehkäisemällä ruston rappeutumista ja pehmenemistä. Lisäksi liikunta vahvistaa niveltä ympäröiviä lihaksia, jotka taas suojaavat niveltä virheellisiltä liikkeiltä, liikkuvuudelta ja vammoilta. Näyttö liikunnan vaikutuksista nivelrikon ehkäisyssä on heikkoa, mutta polven nivelrikon riskiä säännöllinen liikunta saattaa ehkäistä noin 50 %. (Suni & Vuori, 2010, 48-49).

Liikuntaa voidaan suositella myös selkäkipujen ehkäisyyn. Kuten jo edellisessä kappaleessa on todettu, nivelet tarvitsevat liikuntaa. Tämä sama koskee myös selän niveliä ja välilevyjä. Hyvä kestävyys- ja lihaskunto auttavat selkäkipujen ehkäisyssä, kun taas runsas istuminen, ylipaino, tapaturmat, tupakointi, fyysisesti raskas työ ja autolla ajo ovat selkä kivun riskitekijöitä. (Salminen & Pohjolainen 2010, 87.)

5.2.4 Liikunta ja mielenterveyden häiriöt

Mielenterveys on osa yksilön kokonaisvaltaista terveyttä ja näin ollen tärkeä voimavara. Mielenterveyden häiriöistä yleisimpiä ovat masennus ja ahdistuneisuus. Masennustilat voivat olla lieviä, keskivaikeita, vaikeita tai masennus-ahdistuneisuustiloja. Pitkäaikaiseen masennukseen liittyy vuosia kestävä toiminnan lamaantuminen, alavireisyys ja mahdollisia vaikean oirehtimisen jaksoja. Yleistynyt ahdistuneisuus on myös vuosia kestävä tila, johon liittyy usein paniikkihäiriöitä ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa tai muita pelkotiloja. (Nupponen 2011b, 176-177; Partonen 2011, 508-509).

Suomalaisissa tutkimuksissa on havaittu, että verrattuna työllisiin, työttömillä esiintyy enemmän mielenterveyshäiriöitä. Mielenterveyshäiriöistä työttömyys on yhdistetty masennukseen, ahdistuneisuuteen, pysyväisluontoiseen toivottomuuteen sekä vaikeaan masennukseen. Tämän lisäksi, kuten jo aikaisemmin on todettu, työttömien itsemurhariski on yli kaksinkertainen työllisiin verrattuna. (Heponiemi ym. 2008, 11-15.)

Liikunnalla on todettuja yhteyksiä koettuun hyvinvointiin. Kokemukset ovat hyvin yksilöllisiä, mutta liikunta esimerkiksi vähentää epämiellyttäviä kehontuntemuksia ja saa aikaan mielihyvän, virkistymisen, voimaantumisen ja rentoutumisen kokemuksia. Tutkimusten mukaan fyysinen aktiivisuus on yhteydessä myös masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin. Eniten oirehtivien yksilöiden on todettu olevan fyysisesti inaktiivisia. Pitkittäistutkimuksissa on havaittu säännöllisen liikunnan myös ehkäisevän oireita: ne joiden fyysinen aktiivisuus oli lisääntynyt alkuperäisen seurantakyselyn välisenä aikana, olivat oirehtineet vähemmän kuin ne, joiden fyysinen aktiivisuus oli vähäistä alkukyselystä alkaen. (Nupponen 2011, 43; Nupponen 2011b, 179-180).

6 LIIKUNTAPSYKOLOGIA

6.1 Mikä vaikuttaa liikkumiseemme?

Mäkisen mukaan liikunnallinen elämäntapa ei ole pelkästään yksilön omista valinnoista kiinni (Mäkinen 2011, 14-15.) Ajatus ja suhde liikuntaan luodaan jo lapsuuden ja nuoruuden aikana vanhempien mallista ja heidän suhteestaan ympäristöön. Näin ollen olisi tärkeää alkaa tunnistamaan myös perheen ja vanhempien elämäntilanne, jos halutaan muuttaa aikuisten liikuntakäyttämistä myös tulevaisuudessa parempaan suuntaan (Rovio ym. 2011, 37.) Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 – katsaus kertoo samaa, lapsuusajan myönteiset kokemukset liikkumisesta ja liikunnalliset elinolot edesauttavat liikunnallista elämäntapaa aikuisiässä. (Husu 2011, 23.) Liikunnallinen elämäntapa – yksilön valinnasta yhteiskunnan tukemaksi mahdollisuudeksi? – tutkimuksen mukaan vanhempien sosioekonominen asema vaikuttaa lasten koulutusuran lisäksi nuorten myöhempiin liikuntatottumuksiin (Mäkinen 2011, 15-17.)

Jokaisen yksilön elämänkaaressa on monia mutkia ja murroskohtia, jotka vaikuttavat liikunta-aktiivisuuteen. Tällaisina voidaan pitää muun muassa seurustelun aloittamista tai parisuhteen kariutumista, opiskelujen aloittamista ja päättämistä, työpaikan saamista tai työttömyyttä, perheen perustamista ja lasten kasvamista. (Rovio ym. 2011, 37-40.) Myös yksilön erilaiset tarpeet, motiivit ja halut vaikuttavat heidän liikuntavalintoihinsa, mutta oman merkityksensä antavat myös elinympäristö, aikaisemmin opitut liikuntataidot sekä edulliset lähiliikuntapalvelut (Mäkinen 2011, 15).

Kuten jo edellä mainittiin ympäristö vaikuttaa merkittävästi yksilön liikkumiseen. Ympäristöllä on oma vaikutuksensa liikunnallisuuden määrään, se joko antaa lisää mahdollisuuksia tai rajaa niitä. Osa toimintatavoista ja valinnoista on todennäköisempiä tietyissä ympäristöissä kuin toiset. Tutkimusten mukaan fyysisen aktiivisuus on riippuvainen muun muassa liikuntapaikkojen saavutettavuudesta ja ympäristön turvallisuudesta sekä esteettömyydestä. Myös asunnon etäisyys koulusta, työpaikasta tai kaupasta vaikuttaa. Ympäristön ulkomuoto vaikuttaa osaltaan liikkumattomuuteen. Kuormittava ympäristö, jossa altistuu metelille, saasteille ja liikenneruuhkille,

herättää tunteen välttää kyseistä ympäristöä. Elvyttävät ympäristöt sen sijaan vahvistavat liikkumiselämyksiä. Elvyttävässä ympäristössä liikkuminen saa ihmiset irtautumaan päivän paineista, rentouttaa ja parantaa mielialaa. Positiivisen tuntemus tulee myös esteettömyydestä, missä on kevyen liikenteen miellyttävä ja helppo liikkua. (Paronen 2011, 17-18).

6.2 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on saanut alkunsa 1980- luvulla amerikkalaisen psykologitutkija Millerin toimesta (Koski-Jännes 2008, 42). Motivoivaa potilashaastattelua tulisi käyttää silloin kun potilaan elämäntavoissa on jotain muutettavaa. Tällaisia esimerkkejä voisivat olla tupakoinnin lopettaminen, ruokailutottumusten muuttaminen, alkoholin vähentäminen sekä liikunta-aktiivisuuden muuttaminen. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Ihmiset haluavat olla terveitä, kaikilta löytyy motivaatiota oman terveyden pitämiseen, joillakin se saattaa vain olla piilossa (Mustajoki & Kunnamo 2009). Motivoivalla haastattelulla asiakkaan kadoksissa olevaa motivaatiota voidaan herätellä. Huonoimmassa tapauksessa haastatteliija herättää asiakkaassa ”kapinallisen” ja se saattaa työntää motivaatiota entistä kauemmas. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Koski-Jännes 2008, 43.) Asiakas ei halua kuulla suoria kehotuksia, miten hänen kuuluisi elää. Sinun pitäisi lopettaa tupakanpolto- kehotukset, eivät toimi kovinkaan monen kohdalla, vaan herättävät asiakkaassa muutosvastarintaa. Jos asiakas kokee, että hän voi itse päättää asioistaan, pysyy ”kapinallinen” poissa. Haastattelijan tehtävänä on antaa neutraalia informaatiota ja ikään kuin kutsua potilas mukaan keskusteluun. Tämänkaltaisen lähestymistapa antaa tilaa asiakkaan oman motivaation kehittymiselle ja näin hän voi itse päätyä ratkaisuun, joka on edullinen hänen terveydelleen. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivassa haastattelussa on kaksi asiantuntijaa, haastatteliija ja asiakas. Haastatteliija antaa keskusteluun asiantuntemuksensa, jota asiakas tarvitsee ratkaisujen tekemiseen, mutta vain asiakas itse on oman elämänsä asiantuntija. Asiakkaan elämäntapa-

muutoksia ei ratkaise haastattelijan ajatukset, vaan se mitä asiakas niistä itse ajattelee. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivan haastattelun tärkein tavoite on saada asiakas itse ajattelemaan aihetta. Jos haastattelijä pelkästään puhuu ja antaa ohjeita, asiakas kuuntelee passiivisena, eikä käsittele aihetta aktiivisesti ajatuksissaan. Näin ollen ratkaisuakaan ei yleensä synny, ainakaan pitkällä tähtäimellä. (Koski-Jännes 2008, 43; Mustajoki & Kunnamo 2009.) Keskustelussa haastattelijä tuo esille vaihtoehtoja, mutta ei päätä asiakkaan puolesta, mikäli hän ei sitä pyydä. Motivoivan keskustelun tärkein työkalu on avoimet kysymykset. Ne alkavat sanoilla miten, miksi mitä. Esimerkiksi ”Mitä mieltä olette liikuntakertojenne määrästä?”. Motivoivassa keskustelussa asiakas puhuu enemmän kuin haastattelijä. Suljetut kysymykset, kuten ”Oletteko ajatellut lisätä liikunnan määrää?” ei johdata asiakasta ajattelemaan niin paljoa, koska kysymykseen voi vastata nopeasti, en tai olen. Suljettuja kysymyksiä voi toki käyttää keskustelun edetessä tarkennettaviin asioihin, kunhan ei aloita elämäntapakeskustelua sillä. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivaan haastatteluun kuuluu muitakin ominaispiirteitä kuin edellä mainitut. Haastattelijan tulee osoittaa empatiaa, tästä asiakas näkee, että haastattelijä on aidosti kiinnostunut hänestä. Kiinnostusta voi ilmaista niinkin pienellä asialla kuin katsekontaktilla, ääntelemällä hyväksyvästi tai keskeyttämällä lyhyillä välikommenteilla. Haastattelijä ei saa provosoitua, vaikka asiakas ei toimisi toivotulla tavalla, hänen ei tule kritisoida eikä moittia potilasta, vaan myötäillä tilannetta, antaa asiakkaalle mahdollisuus pohtia omaa elämäänsä avoimesti. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Koski-Jännes 2008, 43.) Keskustelussa tulee välttää todistelua ja väittelyä. Asiakkaalla saattaa olla eriäviä käsityksiä ja mielipiteitä, jotka haastattelijä tietää asiantuntemuksensa perusteella paremmin. Mikäli asia näyttää siltä, että asiakas pysyy kannassaan, on parempi antaa asian vain olla kuin pahentaa sitä todistelemalla. Lisäksi erittäin tärkeää on tukea asiakkaan itseluottamusta ja omia voimavaroja sekä kykyjä. Keskusteluissa tuodaan aina ensimmäiseksi esille hyviä puolia ja kannustavia sanoja. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

6.3 Transteoreettinen muutosvaihemalli liikuntaneuvonnassa

Vaikka liikunnan on todettu kiistattomasti vaikuttavan terveyteen positiivisesti, jää liikuntaneuvonta hyvin vähäiseksi niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Perusterveydenhuollon piirissä työskentelevillä ei ole riittävästi aikaa, tietoa eikä neuvontataitoja jakaakseen niitä asiakkaille. Vuonna 2002 vain 15 % suomalaisesta aikuisväestöstä oli saanut huomautuksen liikunnan lisäämiseksi. Perusterveydenhuollon piirissä jaettavassa elintapaneuvonnassa liikuntaneuvonnan osuus jää kapeaksi ja pintapuoliseksi. Elintapaneuvontatilanteissa ei asiakkaan kanssa päästä keskustelemaan liikunnan esteistä kuin ei myöskään liikunnan hyödyistä, näin ongelmanratkaisu jää ilman ammattihenkilön tukea, mikä olisi muutosten tekemisessä erittäin oleellista. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 82-83).

Fyysistä aktiivisuutta lisättäessä tukena voidaan pitää Prochaskan ja DiClementen transteoreettista muutosvaihemallia (TTM). Transteoreettinen muutosvaihemalli tukee myös neuvontatyötä tekevää, sillä se lisää asiantuntijan ymmärrystä liikuntakäyttäytymisen muutoksesta jota asiakas käy läpi. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja sen ylläpitäminen on todettu vaativaksi. Fyysisen aktiivisuuden lisäämistä tukevat liikuntaneuvonnan intensiivisyys, asiakkaan tukeminen muutosprosessissa ja muutoksen pitkäaikainen seuranta. (Vähäsarja ym. 2004, 82-83).

Liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheita on viisi. Ne ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Esiharkintavaiheessa asiakas ei ole tietoinen omasta muutostarpeestaan, ei usko pystyvänsä muutokseen tai ei edes halua muuttaa käyttäytymistään. Harkintavaiheessa oleva tiedostaa tarpeen liikunnan lisäämiseen ja pohtii tosissaan muutosta, mutta ei kuitenkaan ole valmis sitä tekemään. Valmisteluvaiheessa oleva on motivoitunut ja valmis muuttamaan liikunta-aktiivisuuttaan lähitulevaisuudessa. Valmisteluvaiheessa saattaa jo tehdä pieniä muutoksia kohti parempaa ja aktiivisempaa liikuntakäyttäytymistä. Toimintavaiheen asiakas laittaa muutospäätöksen paremmasta liikuntakäyttäytymisestään toimintaan, lisää konkreettisesti liikunnan määrää ja on sitoutunut siihen. Ylläpitovaiheessa liikuntaa on harrastettu säännöllisesti vähintään kuusi kuukautta ja liikunnasta on tullut asiakkaalle elämäntapa. (Vähäsarja ym. 2004, 82-83 ; Prochaska & DiClemente 1983, 390-395).

Ylläpitovaiheeseen päässeistä noin 85 % saavuttaa tilan, josta heillä ei ole halua palata vanhaan. Noin 15 % ylläpitovaiheeseen päässeistä sen sijaan palaa takaisin esiharkinta- tai harkintavaiheeseen. Toiminnan epäonnistumisen moni yksilö kokee jo ennen ylläpitovaiheeseen pääsyä. Ne jotka pomppivat vaiheiden välillä edestakaisin, mutta oppivat virheistään, palaavat ylläpitovaiheeseen entistä vahvempina. Osa yksilöistä kokee epäonnistumiset niin vahvoina, että lannistuvat eivätkä yritä liikunnan lisäämistä enää uudelleen. (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992, 1102-1114; Lindroos 2010, 12).

Muutosta tehdessään ihminen käy muutosvaiheiden ohella läpi muutosprosesseja itsensä kanssa. Muutosprosessit jaetaan kokemusperäisiin ja toiminnallisiin prosesseihin. Prosessit ovat tietoisuuden lisääntyminen, itsensä uudelleenarviointi, ympäristön uudelleen arviointi, dramaattinen apu (esimerkiksi läheisen sairaskohtaus), sosiaalinen vapautuminen, ratkaisun tekeminen tai vaihtoehtoinen käyttäytyminen, ärsykekontrolli, vahvistaminen ja palkitseminen sekä auttavat ihmissuhteet. (Vähäsarja ym. 2004, 82-83 ; Prochaska & DiClemente 1983, 390-395).

Liikuntaneuvontaa annettaessa neuvontamenetelmät vaihtelevat muutosvaiheiden eri portailla. Esiharkintavaiheessa olevalle annetaan neutraalia tietoa liikunnan terveysvaikutuksista ja arvioidaan nykyinen fyysinen aktiivisuustaso. Harkintavaiheessa keskustellaan muutoksen hyödyistä ja haitoista ja siitä miten ne vaikuttavat itseen ja läheisiin. Kartoitetaan myös esteitä liikunnan harrastamiselle ja pohditaan ongelmanratkaisukeinoja. Valmisteluvaiheessa lähdetään kartoittamaan liikuntamahdollisuuksia ja sosiaalisen tuen määrää. Laaditaan myös suunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa mietittyjen tavoitteiden pohjalta. Toimintavaiheessa asiakkaalle tulee antaa positiivista palautetta ja kannustusta sekä kartoittaa repsahduksen vaaroja ja muistuttaa asiakasta myös palkitsemaan itseään. Ylläpitäessä muutosta motivoidaan ja kannustetaan. (Vähäsarja ym. 2004, 82-83 ; Prochaska & DiClemente 1983, 390-395). Alla olevassa kuvassa havainnollistava kaavio transteoreettisesta muutosvaihemallista.

Muutosvaihe	Vaiheen kuvaus	Muutosprosessit	Neuvontamenetelmät
Esiharkinta	Ei ole tietoinen muutostarpeesta, ei halua muuttaa käyttäytymistään tai ei usko pystyvänsä käyttäytymisen muutokseen.	1. Tietoisuuden lisääntyminen	Nykyisen aktiivisuustason arviointi ja neutraali informaatio terveyttä edistävän liikunnan merkityksestä.
Harkinta	Tiedostaa liikunnan lisäämisen tarpeen ja pohtii vakavasti muutosta. Ei kuitenkaan ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään.	2. Itsensä uudelleen arviointi	Muutoksen haitoista ja hyödyistä keskusteleminen (itselle ja läheisille). Liikunnan esteiden kartoitus ja ongelman-ratkaisukeinojen pohtiminen.
Valmistelu	Motivoitunut ja valmis lisäämään liikunnan-harrastamista lähiaikoina. Tekee jo pieniä muutoksia liikuntakäyttäytymisessä.	3. Ympäristön uudelleen arviointi	
		4. Dramaattinen apu	Liikuntamahdollisuuksien ja sosiaalisen tuen kartoitus. Konkreettisten tavoitteiden asettaminen ja suunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa.
		5. Sosiaalinen vapautuminen	
		6. ratkaisun tekeminen	
Toiminta	Panee toimeen muutospäätöksen ja sitoutuu siihen. Lisää konkreettisesti liikunnan harrastamista.	7. Vaihtoehtoinen käyttäytyminen	Positiivinen palaute ja kannustaminen. Repsahdusta edesauttavien tekijöiden kartoittaminen ja ennaltaehkäisy. Kehottaminen itsensä palkitsemiseen
		8. Ärsykekontrolli	
		9. Vahvistaminen / palkitseminen	
Ylläpito	On toteuttanut päätöksensä mukaisesti säännöllistä liikuntaa vähintään puoli vuotta. Liikunnasta tulee elämäntapa	10. Auttavat ihmissuhteet	Kannustaminen ja motivoiminen.

Kuva 2. Muutosvaiheet ja -prosessit liikuntaneuvonnan erivaiheissa. (Vähäsarja ym. 2004, 82-83.)

6.4 Pystyvyyden tunne apuna liikunnan aloittamisessa ja jatkamisessa

Pystyvyyden tunne- käsite kumpuaa Albert Banduran kehittämästä sosiaalis-kognitiivisesta teoriasta. Sosiaalis-kognitiivinen teoria kohdentaa katseensa niihin psykososiaalisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen ja menetelmiin, joiden avulla voidaan auttaa ihmisen käyttäytymisen muuttumista, tässä kohtaa liikunnan määrän lisäämistä. Banduran teoriassa ihminen nähdään yksilönä, joka on itseohjautuva ja jonka toimintaa säätelee harkinta ja ennakointi. Ja joka pystyy suunnittelemaan elämäänsä, ja säätelemällä itseään saavuttamaan omat tavoitteensa. Eli teoria siis auttaa ymmärtämään, että käyttäytyminen, ympäristö ja persoonalliset tekijät vaikuttavat toisiinsa, huomioiden kuitenkin sen, että asiat vaikuttavat meihin kaikkiin yksilöllisesti. (Mäki-Opas 2009, 6).

Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan sitä, että yksilö pystyy itse vaikuttamaan omaan käyttäytymiseensä. Yksilö pystyy sitoutumaan tehtäviin, joista uskoo selviytyvänsä, mutta välttelee tehtäviä, joissa pelkää epäonnistuvansa. Pystyvyyden tunne antaa yksilölle uskoa selvitä haastavistakin tilanteista. Pystyvyyden tunne näkyy yksilön tavassa ajatella ja toimia, hän uskaltaa asettaa tavoitteita ja uskaltaa toivoa ja odottaa tavoitteiden saavuttamista. (Bandura 2004, 143-146).

Pystyvyyden tunne vaikuttaa neljän eri prosessin kautta yksilön toimintaan, jotka ovat tunne-, kognitiiviset-, motivaatio- ja valintaprosessit. Tunneprosesseilla tarkoitetaan sitä, miten pystyvyyden tunne vaikuttaa yksilön toimintaan tunteiden kautta. Tunneprosessit säätelevät tunnetiloja ja tunnereaktioiden vaikutuksia. Kognitiivisissa projekteissa on kyse tiedon hankinnasta, jäsentelystä ja sen käytöstä. Yksilö esimerkiksi suunnittelee oman toimintansa ajatuksissaan ennen sen toteutusta. Motivaatio-prosessi pitää sisällään itsensä motivoimisen ja tavoitteiden asettamisen, kyvyn tavoitteelliseen toimintaan sekä odotukset tuloksista. Valintaprosesseissa on kyse siitä, miten yksilö valitsee omat tehtävänsä ja ympäristönsä. (Bandura 1994, 71-81).

6.5 Olemassa olevat liikuntaneuvontamallit ja liikuntapsykologian osuus niissä

Etelä-Savon alueella on vuosina 2008-2010 toiminut Liike Luo Elämää –hanke, jonka tarkoituksena on ollut kehittää alueen liikuntaneuvontapalveluja, joita ennen hanketta ei ollut ollenkaan. Hankkeen tarkoituksena on ollut tavoittaa erityisesti ne ihmiset, jotka liikkuvat terveytensä kannalta riittämättömästi ja tukea heitä liikunnan lisäämisessä ja monipuolistamisessa. Liikuntaa lisäämällä on pyritty edistämään näiden ihmisten yleistä hyvinvointia. (Koivuniemi & Suutari 2010, 8-9.) Toimivan ja kattavan liikuntaneuvontapaketin toteuttaminen vaatii yhteisten tavoitteiden asettamista sekä tuloksekasta yhteistyötä. Yhteistyöhön tarvitaan toimijoita kunnalliselta, yksityiseltä ja kolmannen sektorin puolelta. (Vasankari 2010, 6.) Palvelukeskus Soteekissa on mahdollisuus keskittää suurin osa toiminnasta Soteekkiin, niin toimijoiden, välineiden kuin ympäristönkin puolesta. Soteekki pystyy järjestämään itse kaikki muut liikuntaneuvonnan palvelut paitsi mahdollisesti tarvittavat lääkärin palvelut.

Liike Luo Elämää –hankkeen liikuntaneuvonta oli suunnattu kaikille työikäisille eli 18-64 -vuotiaille. Osallistujat ohjautuivat liikuntaneuvontaan työterveyshuollon ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kautta sekä omatoimisesti. Myös työttömillä oli mahdollisuus osallistua liikuntaneuvontaan työvoimahallinnon kanssa tehdyn yhteistyön kautta. Näiden lisäksi mahdollisia asiakkaita oli informoitu liikuntaneuvonnan mahdollisuudesta erilaisissa tapahtumissa ja kampanjoissa sekä mainostamalla suoraan työyhteisöille. (Koivuniemi & Suutari 2010, 8-9.)

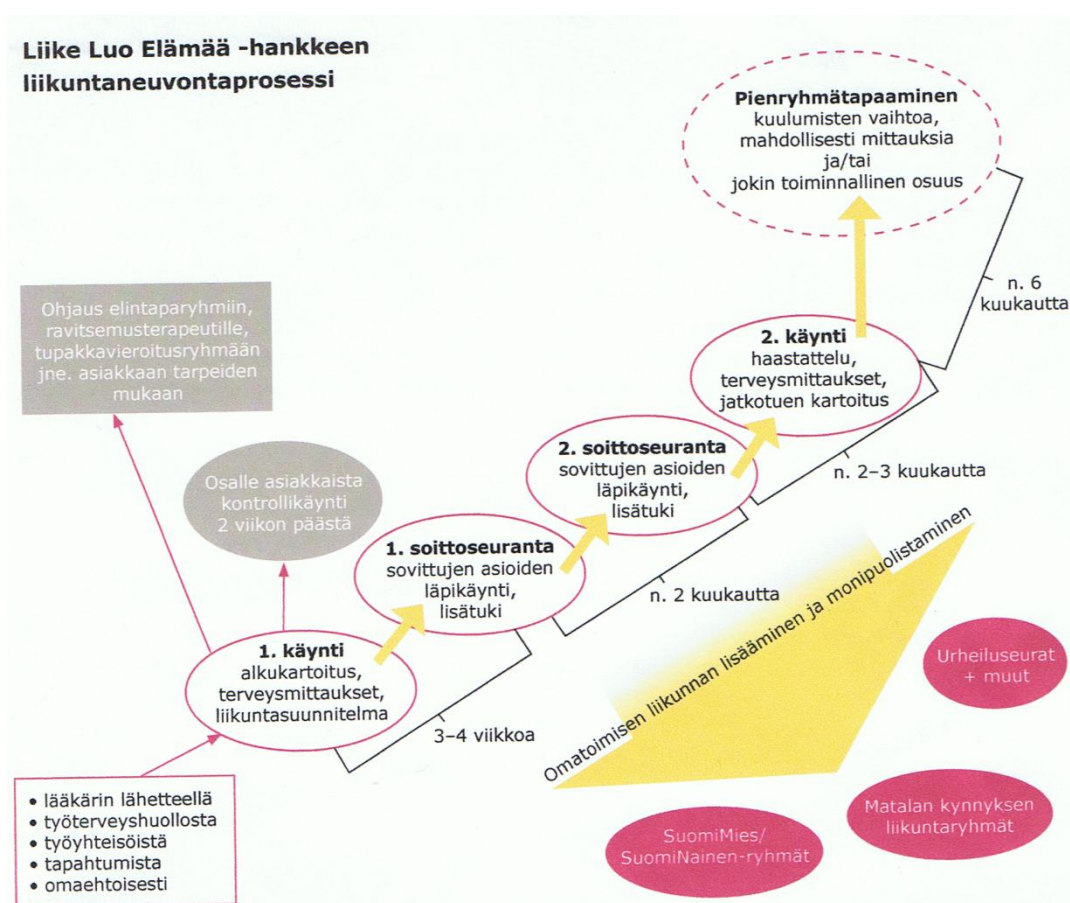
Liike Luo Elämää –hankkeen liikuntaneuvontaan päästääkseen asiakkaan tuli täyttää seuraavista kriteereistä yksi tai useampi: liikunta oli vähäistä, asiakkaalla oli terveysriski johon voidaan vaikuttaa liikunnalla (painoindeksi yli 30, korkea verenpaine, diabeteksen riski), huono fyysinen kunto, halu muuttaa liikuntakäyttäytymistään. Tullevaisuudessa liikuntaneuvonnan painopisteiden on todettu olevan henkilöt, joilla on diabetesriski, yli 40-vuotiaat liikkumattomat miehet, pienten lasten äidit joilla on terveysriskejä sekä nuoret aikuiset, joista suurin osa on työttömiä. (Koivuniemi & Suutari 2010, 8-9.)

Hanke on luonut asiakastapaamisia varten oman haastattelurungon, jossa kartoitetaan taustatietojen lisäksi yleistä terveydentilaa ja terveydellisiä perusteita liikunnan lisäämiseen, mahdolliset sairaudet, lääkitys ja rajoitukset. Lisäksi haastattelussa on kartoitettu asiakkaan ruokailutottumuksia, tupakointia ja alkoholin käyttöä. Haastattelulomakkeeseen on kirjattu edellisten lisäksi nykyinen liikunnan määrä, liikuntamuodot ja –motivaatio. Alkuhaastattelussa on tehty myös terveystmittauksia, kuten vyötärön ympärys, kehonkoostumus, verenpaine, kolesterolit, uloshengityksen huippuvirtaus, leposyke ja puristusvoima. Liikuntaneuvonnan päättyessä on tärkeää tarjota uudelleen mahdollisuus testeihin ja mittauksiin, koska se motivoi muutoksia tehnyt asiakas jatkamaan. Tärkeää on myös selvittää millaiseen elintapamuutokseen asiakas pyrkii ja kuinka motivoitunut hän on asian eteen. (Koivuniemi & Suutari 2010, 8-9.)

Liikuntaneuvontaa annettaessa on oleellista tunnistaa yleiset terveysneuvonnan lainalaisuudet ja se, että pystyttäisiin tarjoamaan neuvontaa yksilöllisen tarpeen mukaan. Yksi onnistuneen liikuntaneuvontapaketin palvelu on matalan kynnyksen liikunta-

ryhmät. (Vasankari, 2010, 6.) Niitä on vielä vähän tarjolla missään kaupungeissa, mutta Soteekki pystyy järjestämään tällaista itse.

Kuvassa kolme oleva kaavio kertoo Liike Luo Elämää -hankkeen liikuntaneuvonta-prosessin etenemisen. Liikuntaneuvonta on kestänyt yhteensä kuudesta kahdeksaan kuukautta ja sen aikana on ollut ensimmäisen alkukartoituksen jälkeen kaksi soitto-seurantaa ja yksi tapaaminen. Yksilötapaamisten jälkeen on pidetty pienryhmätapaaminen, jossa on vaihdettu kuulumisia menneestä liikuntaneuvonnasta ja pidetty jokin toiminnallinen osuus.



Kuva 3. Liike Luo Elämää -hankkeen liikuntaprosessi. (Koivuniemi & Suutari 2010, 8-9.)

7 TYÖTTÖMILLE SUUNNATUN LIIKUNTANEUVONTAMALLIN TOTEUTUS SOTEEKISSA

Projektin tuotoksena syntyi vuoden mittainen liikuntaneuvontamalli. Tämä työttömille suunnattu liikuntaneuvontamalli pohjautuu tämän päivän liikuntafysiologian ja – psykologian teorial tietoon ja neuvontamallin taustalla on transteoreettinen muutosvaihemalli. Tähän liikuntaneuvontamalliin kuuluu yksilö- ja ryhmätapaamisia, soittoaikoja, matalan kynnyksen liikuntaryhmä, vapaaehtoiset alku- ja loppumittaukset sekä muutamia välimittauksia. Liikuntaneuvontamallista tehdään liikuntaneuvontaprosessia kuvaava havainnollistava kaavio. Kaaviossa tulee näkymään liikuntaneuvontaprosessiin kuuluvat tapaamiset ja yhteydenotot. Kaavio havainnollistaa sekä Soteekin henkilökunnalle että asiakkaille prosessin kulkua. Kaavio on tarkemmin selitettynä kappaleessa kahdeksan. Opinnäytetyöstä kootaan erillinen liikuntaneuvontaan liittyvä perehdytyskansio Soteekin henkilökunnalle. Kaikki Soteekkiin tuleva materiaali on suunniteltu yhteensopivaksi Soteekin yleisilmeen kanssa. Perehdytyskansion sekä liikuntaneuvonnassa käytettävien lomakkeiden graafisen ilmeen luomisessa auttaa Satakunnan ammattikorkeakoulun projektisihteeri Maija Hannukainen.

7.1 Perehdytyskansion ja lomakkeiden käyttö Soteekissa

Perehdytyskansioon tulee näkyville liikuntaneuvonnassa tarvittava teorial tieto, prosessia kuvaava kaavio sekä haastatteluissa ja mittauksissa käytettävät lomakkeet. Ennen liikuntaneuvonnan aloittamista opiskelijoiden tulee käydä perehdytyskansio huolellisesti läpi ja tutustua sen kaikkiin osa-alueisiin.

Ennen lomakkeiden käyttöön ottoa opiskelijoiden tulee tutustua lomakkeisiin huolella ja harjoitella motivoivaa haastattelua. Haastattelua varten kehitellään lomake (Liite 1), jossa käsitellään asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia fyysisestä aktiivisuudesta sosiaalisiin suhteisiin. Lomakkeen kysymykset ovat avoimia, asiakkaan omaa pohdintaa herättäviä.

Haastattelussa pyritään myös selvittämään asiakkaan henkilökohtaisia tavoitteita liikuntaneuvonnan aikana. Tavoitteet kirjataan erilliseen tavoitelomakkeeseen (Liite 3).

Tavoitteita asetettaessa asiakas miettii yhdessä haastattelijan kanssa, että ne ovat realistisia, mitkä ovat mahdollisia tavoitteita estäviä ja edistäviä tekijöitä. Asiakas määrittelee oman tavoitetasonsa ja tavoitteiden yli menevät eli positiiviset sekä tavoitetason alle jäävät eli negatiiviset suoritukset. Liitteestä kolme löytyy esimerkkinä täytetty tavoitelomake. Liikunnan aloittamista estää usein psykologinen kynnys, jota nostaa muun muassa puutteellinen tieto tai usko liikunnan vaikutuksista, omien liikuntakykyjen epäily, epämiellyttävät kokemukset liikunnasta, itsekurin puute ja liikunnan kokeminen vaikeaksi tai rasittavaksi aloitusvaiheessa. Liikunnan aloittamista edistävät oma motivaatio, luotto omiin edellytyksiin aloittaa liikunta, positiiviset käsitykset ja kokemukset liikunnasta, ympäristön tarjoamat hyvät liikuntamahdollisuudet sekä läheisten kiinnostus ja kannustus. (Vuori & Ruuskanen 2000, 58-59.)

Neuvojen ja ohjeiden antaminen, luennointi, kehottelu ja pelkkä tiedon tarjoaminen ei riitä liikuntaneuvonnaksi, vaikka niitäkin tarvitaan. Pelkkä tieto omista terveysriskeistä ja liikunnan terveysvaikutuksista ei saa kaikkia lisäämään liikunnan määrää. Henkilökohtaista liikuntaneuvontaa annettaessa ammattihenkilön on pystyttävä sovitamaan yhteen yhdessä asiakkaan kanssa tieto fyysisen aktiivisuuden terveyshyödyistä sekä liikunnan toteutustavoista jokaisen asiakkaan elämäntilanteeseen. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta onkin asiakkaan ja ammattihenkilön välistä neuvottelua. (Nupponen & Suni 2011, 213-214.) Sosiaalisen tuen on huomattu vaikuttavan sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen, kuten käyttäytymiseen, tunteisiin ja mielialaan. Sosiaalisten verkostojen vaikutus terveyteen on ollut pääasiassa positiivista. Omasta terveydestä huolehtimiseen voivat kannustaa muilta saatu tuki ja neuvot. Tämä voi näkyä muun muassa liikunnan lisäämisenä tai ruokavalion muuttamisena terveellisemmäksi. (Martelin, Hyyppä, Joutsenniemi & Nieminen 2007, 134-135.)

Terveysmittausten ja fyysistä kuntoa mittaavien testien tulokset merkitään omaan terveysmittauslomakkeeseensa (Liite 4). Lomakkeesta löytyy oma rivi jokaiselle mittaukselle ja testille sekä viitearvotaulukot tuloksille. Koko vuoden aikana tapahtuvat mittaukset kirjataan samaan lomakkeeseen, joten tulosten seuraaminen on helppoa. Kaikki täytetyt lomakkeet ynnä muut tiedot asiakkaasta ovat luottamuksellisia ja ne tulee arkistoida Palvelukeskus Soteekin toimintatapojen mukaisesti. Liikuntaneuvontamallia toteuttavan henkilökunnan on muistettava ammattietiikan mukainen vaihteluvallisuus.

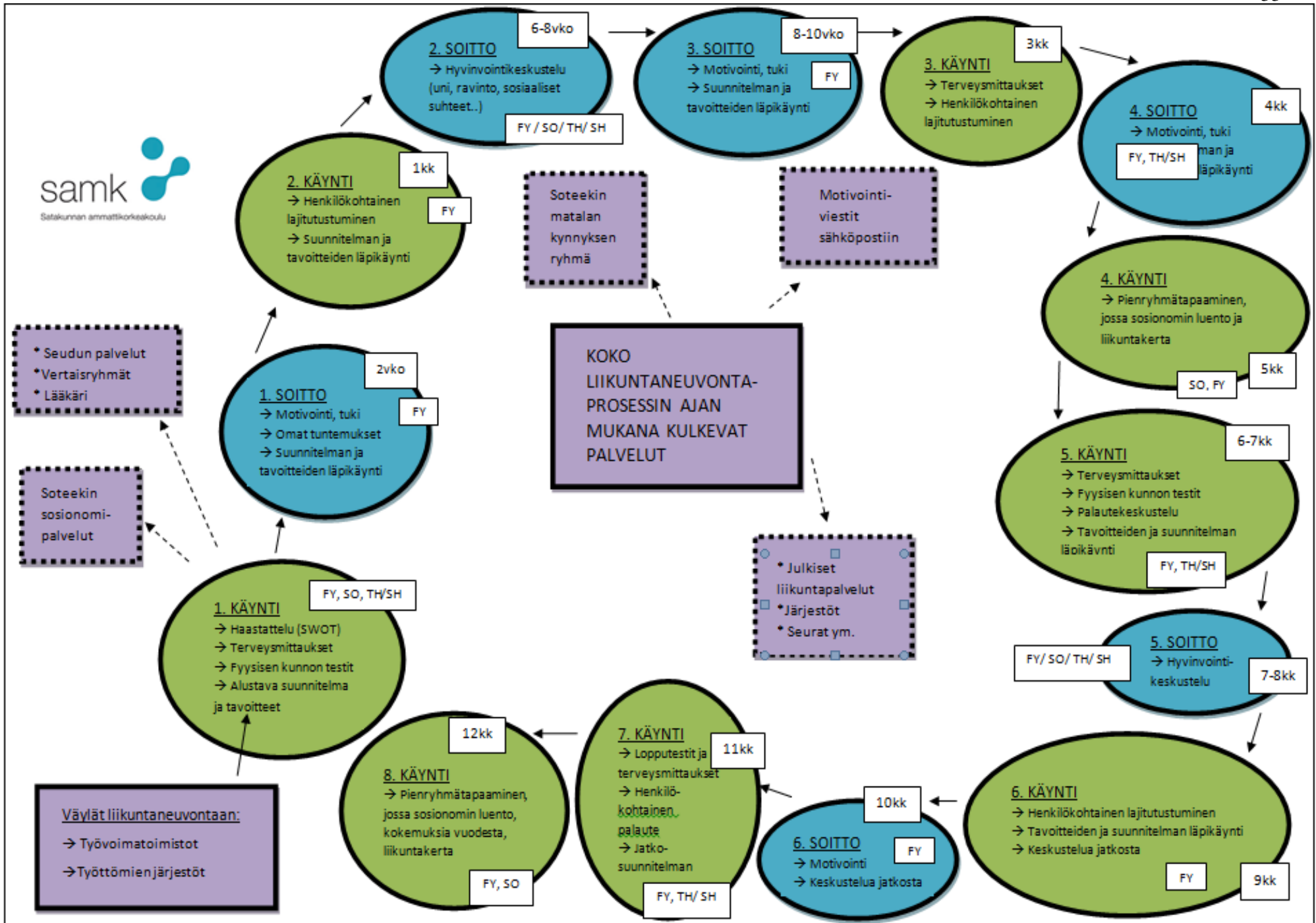
7.2 Liikuntaneuvontaa antava henkilökunta

Liikuntaneuvontaprosessin sisällä olevista tapaamisista, yhteydenotoista ja ryhmien toteuttamisesta huolehtii Soteekin moniammatillinen työryhmä. Tapaamisista, yhteydenotoista ja ryhmistä on kerrottu tarkemmin kappaleessa 8. Moniammatilliseen ryhmään kuuluvat fysioterapia-, sosionomi- ja sairaanhoitaja- / terveydenhoitajaopiskelijat. Opiskelijoiden tukena on eri ammattialojen opettajia. Työryhmän jäsenet sitoutuvat liikuntaneuvontamallin toteuttamiseen vuodeksi. Jokaisen asiakkaan moniammatillinen ryhmä säilyy näin samana koko prosessin ajan. Soteekin työntekijät eli Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijat saavat työstään vapaasti valittavia opintopisteitä. Fysioterapiaopiskelijoiden on täytynyt käydä opinnoissaan terveyden edistämisen kurssin, terveystestit ja antropometrian opinnot ennen toimimistaan liikuntaneuvontamallin ohjaajana.

7.3 Liikuntaneuvonnan aloittaminen ja yhteistyötahot

Työttömiä informoidaan vapaaehtoisesta ja kaikille avoimesta liikuntaneuvonnan mahdollisuudesta Soteekissa. Informointi tapahtuu työvoimahallinnon, työvoimatoimiston ja Porin seudun työttömät Ry:n kautta. Työvoimahallinnon kautta työttömille lähetetään kotiin mainos liikuntaneuvonnan mahdollisuudesta. Lisäksi työvoimatoimistoon ja Porin seudun työttömiin toimitetaan mainoksia Soteekin liikuntaneuvontapalvelusta. On suunniteltu, että Työvoimahallinto myös kustantaisi liikuntaneuvonnan työttömille. Liikuntaneuvonnan aloittamiselle määritellään neljä aloittamisajankohtaa, kaksi keväällä ja kaksi syksyllä. Ilmoittautuminen tapahtuu puhelimitse tai paikalla käyden. Palvelukeskus Soteekki tekee liikuntaneuvonnasta lähempänä sen aloitusajankohtaa mainoksen, joita jaetaan työttömille ja joista löytyvät ilmoittautumisohjeet tarkemmin.

8 PROJEKTIN TUOTOKSENA SYNTYNYT LIIKUNTANEUVONTA- TAPROSESSI



Ensimmäinen käynti on kestoaltaan 1-3 tuntia, riippuen siitä mitä testejä ja mittauksia asiakas haluaa. Tällä käynnillä tavoitteena on selvittää asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi ja terveydentila sekä motivaation taso. Aivan ensimmäiseksi toteutetaan motivoiva haastattelu, jonka avulla arvioidaan asiakkaan elämäntapoja, hyvinvointia ja liikunta-aktiivisuutta. Haastattelussa pyritään selvittämään myös asiakkaan tavoitteet, kuinka motivoitunut hän on saavuttamaan näitä tavoitteita, mihin hän tavoitteillaan pyrkii ja mitkä tekijät mahdollisesti estävät/edistävät tavoitteisiin pääsyä. Asiakkaalle annetaan tietoa mm. liikunnan terveysvaikutuksista. Haastattelussa ovat mukana fysioterapeutti- ja sosionomiopiskelija.

Motivoivan haastattelun ideana on avointen kysymysten avulla herättää asiakas itse ajattelemaan asiaa. Haastattelijan tulee osoittaa empatiaa ja käyttää kannustavia sanoja. Näin hän osoittaa kiinnostuksensa ja tukee asiakkaan itseluottamusta ja voimavaroja. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Ensimmäisellä käynnillä asiakkaalla on myös mahdollisuus terveystmittauksiin ja fyysisen kunnon testeihin. Asiakas saa itse päättää haluaako näihin osallistua. Mikäli asiakas ei halua mittauksia ja testejä ensimmäisellä kerralla, mutta prosessin edetessä olisikin halukas ne tekemään, on hänelle annettava siihen mahdollisuus. Mittausten ja testien tarkoituksena on antaa asiakkaalle mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva hänen tämänhetkisestä terveydestään ja kunnostaan. Ne myös auttavat asiakkaita tiedostamaan liikunnan lisäämisen tai muun elintapamuutoksen tarvetta ja kannustavat myöhemmin ylläpitämään tai parantamaan jo saavutettuja muutoksia (Aittasalo & Vasankari 2011, 203). Testien tekeminen ei ole välttämätöntä vähän liikkuville asiakkaille, sillä hyötyliikunnan lisäämistä voi suositella ilman testituloksiakin. Joitakin asiakkaita, jotka kokevat itsensä huonokuntoisiksi, testit voivat masentaa. Ei ole olemassa tutkimusnäyttöä siitä, että pelkkä testaaminen motivoisi vähän liikkuvaa asiakasta lisäämään liikunnan määrää edes puoleksi vuodeksi. (Nupponen & Suni 2011, 218.)

Terveystmittauksiin kuuluvat pituuden ja painon avulla laskettavat painoindeksin, vyötärön ympäryksen ja verenpaineen mittaust. Terveystmittaukset toteuttaa sairaanhoitaja-/terveydenhoitajaopiskelija tai fysioterapeutti. Fyysisen kunnon testeistä 12

minuutin polkupyöraergometri ja UKK-instituutin kahden kilometrin kävelytesti testaavat hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa. Näistä kestävyyskunnan testeistä asiakas saa valita kumman hän suorittaa. UKK-instituutin testeistä yhdellä jalalla seisominen mittaa tasapainoa, muunneltu punnerrus ylävartalon sekä vartalon lihaskestävyyttä ja hallintaa ja dynaaminen vatsalihastesti vartalon koukistajien lihasvoimaa. Invalidisäätien testeistä selän staattinen kestävyys mittaa selkälihasten lihasvoimaa ja toistokyykistys alaraajojen lihasvoimaa. Fysioterapeutti tekee fyysisen kunnon testit ja antaa testipalautteet.

Ensimmäinen käynti päättyy alustavan suunnitelman tekoon. Fysioterapeutti ja asiakas miettivät yhdessä tavoitteiden saavuttamiseen pyrkivän lähiajan liikuntasuunnitelman, josta asiakkaan on helppo lähteä liikkeelle. Tavoitteet eivät saa olla liian korkeat heti alussa. Pienin askelin edetessä asiakas kokee onnistumisen iloa, mikä motivoi häntä edelleen eteenpäin. Suunnitelmasta tulee näkyä konkreettisesti mitä liikuntaa, missä, milloin ja kuinka paljon asiakas toteuttaa (Nupponen & Suni 2011, 217, 222).

Ensimmäisellä käynnillä arvioidaan asiakkaan tarvetta erilliselle lääkärikäynnille tai Soteekin tarjoamalle sosionomin yksilökäynneille. Syitä lääkäriin ohjaukseen voivat olla muun muassa korkea verenpaine, huomattava ylipaino, todetut hengitys, sydän- tai verenkiertoelimistön sairaudet, pitkään jatkunut väsymyksen tai voimattomuuden tunne tai jos asiakas on ollut täysin inaktiivinen liikunnan suhteen yli vuoden. Sosionomin yksilökäynneille voidaan ohjata, jos asiakas saa Audit-kyselystä (Liite 2) yli kahdeksan pistettä, asiakas haluaa työhönohjausta tai apua työttömien tukihakemuksissa. Lisäksi asiakkaille tarjotaan mahdollisuutta osallistua Soteekin järjestämään matalan kynnyksen liikuntaryhmään. Liikuntaryhmä on tarkoitettu vain työttömille, sen vetäjänä toimivat liikuntaneuvontapalvelun työntekijät ja ryhmässä liikutaan täysin asiakkaiden voimavarojen ja kiinnostuksen kohteiden mukaan. Mikäli liikuntaneuvonnassa halutaan onnistua, tarvitaan sen tueksi myös matalan kynnyksen liikuntaryhmiä (Vasankari 2010, 6).

Ensimmäinen, kolmas ja neljäs soitto ovat kestoltaan 30 minuuttia. Nämä soittotapahtuvat viikoilla kaksi ja 8-10 sekä neljännen kuukauden kohdalla. Näiden soittojen tavoitteena on asiakkaan motivointi sekä tavoitteiden ja suunnitelman läpikäyminen.

Fysioterapeutti selvittää miten liikuntasuunnitelma on toteutunut, mitkä tekijät ovat estäneet tai edistäneet sen toteuttamista. Mikäli estäviä tekijöitä on paljon, pohditaan miten asiakas itse pystyisi niitä muuttamaan. Fysioterapeutti kiinnittää huomiota onnistumisiin sekä käyttäytymisessä tapahtuneisiin pieniinkin muutoksiin ja painottaa näitä asioita asiakkaan motivoinnissa. Fysioterapeutti arvioi myös asiakkaan muutosvaiheen ja antaa ohjausta sen perusteella (ks. kappale 6.3. Transteoreettinen muutosvaihemalli liikuntaneuvonnassa). Tarvittaessa fysioterapeutti ja asiakas tekevät yhdessä muutoksia liikuntasuunnitelmaan.

Tutkimusten mukaan etätuen, kuten puhelimen tai tietokoneen, välityksellä annettu liikuntaneuvonta voi olla yhtä tehokasta kuin henkilökohtaiset kontaktit ja että se voi lisätä osallistujien fyysistä aktiivisuutta ainakin lyhyen ajan sisällä. Lisäksi etäviestimien tavoitavuus on hyvä ja se vie vähemmän aikaa kuin henkilökohtaiset kontaktit. Etäviestimien välityksellä tapahtuva neuvonta on myös asiakkaalle helppoa, hänen ei tarvitse lähteä kotoaan. (Aittasalo & Vasankari 2011, 203-204.) Puhelinsoittojen lisäksi Soteekin henkilökunta lähettää motivoivia sähköpostiviestejä asiakkaille noin kerran kuukaudessa. Sähköpostiviestit voivat sisältää muun muassa tietoa lähialueella olevista liikuntatapahtumista / -palveluista, ravitsemusvinkkejä ja liikuntavinkkejä vuodenaikojen mukaan.

Toisen ja kuudennen käynnin kesto on yhdestä kahteen tuntia ja ne ovat ensimmäisen ja yhdeksännen kuukauden kohdalla. Näiden käyntien tavoitteena on asiakkaan tutustuttaminen johonkin liikuntalajiin. Fysioterapeutti on suunnitellut lajitutustumisen asiakkaan toiveiden ja kiinnostuksen kohteiden mukaan. Lajitutustumisella pyritään motivoimaan asiakasta liikkumaan ja tekemään se hänelle mahdollisimman helpoksi. Kun asiakas pääsee tutustumaan lajiin, sen tekniikkaan ja vaikka siihen liittyviin varusteisiin yhdessä ammattitaitoisen ohjaajan kanssa, on hänen helpompi toteuttaa lajia sen jälkeen myös itsenäisesti. Liikunnan on tuotettava myönteisiä kokemuksia, jotta ne lisäävät liikuntamotivaatiota (Fogelholm ym. 2011, 43). Fysioterapeutti ja asiakas käyvät myös läpi miten liikuntasuunnitelma on toteutunut ja ovatko tavoitteet realistisia. Fysioterapeutti arvioi taas asiakkaan muutosvaihetta, motivoi ja kannustaa.

Kuudennella käynnillä pohditaan myös tarkemmin prosessin kulkua, miten asiakas kokee viimeiset yhdeksän kuukautta ja mitä tunteita ne ovat asiakkaassa herättäneet. Näiden perusteella fyioterapeutti arvioi taas asiakkaas muutosvaihetta. Tällä kerralla keskustellaan myös alustavasti jatkosta, mitä tapahtuu kun yhteinen prosessi loppuu ja asiakas jää omilleen?

Toisen ja viidennen soiton kesto on 30 minuuttia ja ne soitetaan viikolla 6-8 ja 7-8 kuukauden kohdalla. Tämän soiton asiakkaalle tekee yksi moniammatillisen ryhmän jäsenistä, jolla on eniten tietämystä asiakkaalle tapahtuvan soiton sisällöstä. Soiton sisällön ja siten myös soittajan määrää alkuhaastattelussa esiin tulleet, hyvinvointiin liittyvät asiat. Mikäli asiakkaalla on ongelmia jonkun hyvinvoinnin osa-alueen, kuten ravinnon, unen tai sosiaalisten suhteiden kanssa, paneudutaan puhelussa tähän esiin nousseeseen asiaan.

Kolmas käynti on kestoaltaan tunti ja 30 minuuttia ja se on kolmannen kuukauden kohdalla. Tällä käynnillä terveyden-/sairaanhoitaja tekee välimittaukset prosessin alussa tehdyistä terveystmittauksista. Prosessin aloituksesta on tässä vaiheessa kulunut kolme kuukautta, joten muutoksia voi olla näkyvissä mm. painossa ja verenpaineessa. Mikäli muutosta positiiviseen on tullut, korostetaan näitä muutoksia ja motivoitaan jatkamaan liikuntaa, jotta tulokset säilyisivät samanlaisina tai paranisivat edelleen. Kolmannella käynnillä fyioterapeutti tekee asiakkaan kanssa toisen lajitustumisen taas asiakkaan toiveiden ja kiinnostuksen kohteiden mukaan.

Neljäs käynti on kestoaltaan kaksi tuntia ja se ajoittuu viidennen kuukauden kohdalle. Kun prosessin aloittamisesta on kulunut viisi kuukautta, sosionomi ja fyioterapeutti järjestävät pienryhmätapaamisen. Tapaamiseen kuuluu sosionomin pitämä luento sekä fyioterapeutin pitämä yhteinen liikuntakerta. Sekä luennon että liikuntakerran sisällön vetäjät valitsevat ryhmän jäsenten mukaan. Tässä vaiheessa prosessia vetäjät tuntevat asiakkaat melko hyvin ja tietävät heidän ongelmistaan sekä kiinnostuksen kohteistaan. Pienryhmätapaamisen tavoitteena on, että asiakkaat saisivat toisistaan vertaistukea, he voisivat jakaa kokemuksiaan yhdessä ja näin motivoida toinen toisiaan. Osa asiakkaista voi olla jo ennestään tuttuja toisilleen tai he ovat voineet tutustua Soteekin matalan kynnyksen ryhmässä.

Viides käynti kestää yhdestä kolmeen tuntia, riippuen asiakkaan haluamista testeistä ja mittauksista. Käynti on 6-7 kuukauden kohdalla. Viidennellä käynnillä sairaan-/terveydenhoitaja tekee kolmannet terveystmittaukset ja fysioterapeutti toiset fyysisen kunnan testit. Näiden välimittausten tavoitteena on antaa asiakkaalle tuore tieto hänen tämänhetkisestä terveydestään ja kunnostaan ja vertailla näitä tietoja alkumittauksiin. Mittaukset toivottavasti myös motivoivat asiakasta toteuttamaan liikuntasuunnitelmaansa, kun hän huomaa mitä vaikutuksia liikunnalla on ollut terveyteen ja fyysiseen kuntoon. Mittausten ja testien jälkeen fysioterapeutti käy asiakkaan kanssa palauteskustelun tuloksista. Erittäin tärkeää palautteen annossa on huomioida pieniäkin positiivisia muutoksia ja saada asiakas ymmärtämään mistä nämä muutokset johtuvat. Fysioterapeutti ja asiakas käyvät läpi myös liikuntasuunnitelman ja tavoitteet sekä tekevät niihin mahdolliset muutokset.

Seitsemäs käynti ajoittuu 11. kuukauden kohdalle ja on kestoltaan tunnista kolmeen tuntia. Toiseksi viimeisellä käynnillä toistetaan terveystmittaukset ja fyysisen kunnan testit. Testien jälkeen mittaajat antavat henkilökohtaisen palautteen testituloksista. Tärkeimpänä tavoitteena käynnillä on jatkosuunnitelman luominen yhdessä asiakkaan kanssa. Jatkosuunnitelmalla pyritään luomaan luottavainen olo tulevaisuuden suhteen ottaen huomioon asiakkaan voimavarat.

Kahdeksas ja viimeinen käynti kestää kahdesta kolmeen tuntia ja se ajoittuu vuoden päähän aloituksesta. Sosionomin luento ja ryhmäliikuntakerta toteutetaan kerran neljä kaltaisesti. Lisäksi käynnillä kahdeksan keskustellaan kuluneen vuoden kokemuksista ja tulevaisuuden ajatuksista. Tavoitteena voitaisiin pitää myös sitä, että prosessiin osallistuneet asiakkaat tutustuisivat toisiinsa ja olisivat toistensa tukena liikunta-neuvontaprosessin jälkeenkin. Liikuntaprosessin aikana saadun tuen ja avun lisäksi on tärkeää, että osallistujat saavat myös antaa näitä myös toisilleen. Tuen ja avun antamisen on havaittu vaikuttavan positiivisesti terveyteen. Myös verkostot ja niihin liittyvä vuorovaikutus, sosiaalinen osallistuminen ja luottamus ovat tutkimusten mukaan terveyttä parantavia asioita. (Martelin ym. 2007, 134-135.)

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön aiheen valinta

Fyysinen inaktiivisuus on alkanut näkyä jo maailmanlaajuisesti. Euroopan unionin alueella on arvioitu tapahtuvan ennenaikaisia kuolemia fyysisen inaktiivisuuden vuoksi vuosittain noin 600 000. Tämä on 5-10% kuolleisuudesta. Fyysinen inaktiivisuus aiheuttaa myös merkittäviä kustannuksia. On laskettu, että vuositasolla se maksaa 150-300 euroa jokaista kansalaista kohden. Suomessa fyysisestä inaktiivisuudesta johtuen kustannusten on arvioitu olevan huimat 300-400 miljoonaa. (Julin 2011, 40.) Eikö olisi aika tehdä jotakin? Miten fysioterapia voisi kohdata tämän ongelman?

Fysioterapia on ollut aina hyvin menetelmäkeskeinen ala. Koulutuskalenteri on näyttänyt samalta viimeiset 20- vuotta, aina on tarjolla menetelmäkoulutusta vaivaan kuin vaivaan. Mutta missä on koulutustarjonta siitä, miten kohtaamme 2010-luvun haasteita inaktiivisuuden parissa? (Julin 2011, 40.) On kysymyksiä herättävää, että miksemme ole tarttuneet näkyvillä olevaan ongelmaan aiemmin, kun muutenkin yhteiskunta ja kaikki tieteenalat ponnistavat suurin harppauksin eteenpäin. Se, että jokin on toiminut vuosikymmeniä sitten, ei tarkoita sen olevan toimiva tämän hetken ongelmiin. Jos emme fysioterapeutteina tartu näihin ongelmiin, meidän vaaranamme on jäädä muiden ammattikuntien tai jopa uusien ammattien jalkoihin ja saamme jatkossakin olla pelkkiä ensiavun antajia (Julin 2011, 41).

Miksemme osaa tarjota ammattitaitoamme riittävän monipuolisesti, emmekä pysy muutoksissa mukana, vaan tyydymme vanhaan? Mielestämme fysioterapian koulutus on siinä pisteessä, että se vaatisi muutoksia koulutuksen kehittämiseen. Kokemamme mukaan vaivojen hoito, esimerkiksi manuaalinen terapia, korostuu, vaikka se on vain pieni osa ihmisen toimintakyvyn määrittämistä. Koemme, että terveyden edistäminen ja ongelmien ennaltaehkäisy ovat vaivojen hoidon ohella ainakin yhtä tärkeitä osa-alueita tämän päivän fysioterapiassa. Tästä huolimatta terveyden edistämistä ei yleisesti mielletä kuuluvaksi fysioterapiaan. Tässä on joitakin syitä opinnäytetyön aiheen valintaan. Me emme halua jäädä vanhaan, muiden jalkoihin, vaan kehittyä muutoksen mukana ja pystyä tarjoamaan itseämme monipuolisesti erilaisiin työtehtäviin.

Alle kolmasosa työttömistä pystyy ehkäisemään heitä useammin koskevia terveysriskejä liikunnan avulla. Työttömillä on havaittu muuta väestöä enemmän muun muassa tupakointia, alkoholin käyttöä, verenpainetta, korkeaa kolesterolia ja lihavuutta (Heponiemi ym. 2008, 12-15). Mielenkiintoista ja huolestuttavaa on myös se, että työttömyys huonontaa terveyttä ja hyvinvointia, eli näin ollen myös työkykyä, mikä taas vaikeuttaa työnsaantia. Työttömiä uhkaa siis kierre, josta monien voi olla vaikea päästä pois. Olemassaolevia liikuntaneuvontamalleja tutkiessamme, huomasimme että Liike Luo Elämää –hankkeen yksi asiakasryhmistä oli työttömät. Nämä tosiasiat saivat meidät ajattelemaan työttömien hyvinvointia ja heille tarjottuja palveluja Porissa. Aluksi liikuntaneuvontamallin kohderyhmäksi oli ajateltu kaikkia työikäisiä, mutta työttömien olemattomat liikuntaneuvontapalvelut saivat meidät valitsemaan kohderyhmäksi työttömät.

9.2 Projekti ja siinä syntyneet tuotokset

Opinnäytetyötä alettiin ideoimaan syksyllä 2010, jolloin Sotepon toimipisteellä järjestettiin opinnäytetyötori. Aluksi työn ei ollut tarkoitus tulla Soteekkiin, vaan tähän tilanteeseen ikään kuin ajauduttiin alkuvuodesta 2011 alkuperäisen yhteistyökumppanin vetäydyttyä pois projektista. Opinnäytetyön idea oli jo valmiina ja olisi ollut ikävää aloittaa taas tyhjästä. Tässä kohtaa opinnäytetyötä ohjaavat opettajat ehdottivat, että työ tehtäisiin samalla idealla Soteekkiin. Alunperin opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Palvelukeskus Soteekin liikuntaneuvontapalvelua tuottamalla heille terveys- ja kuntoliikuntaportaat. Portaita työstäessä tuntui siltä, että työ ei edennyt. Portaiden toteuttamisessa piti ottaa huomioon niin monta terveyteen ja kuntoon liittyvää tekijää, että idea alkoi tuntua lähes mahdottomalta. Portaiden suunnittelu jätettiin ja aloitettiin materiaalin etsintä kirjallisuuskatsausta varten. Kirjallisuuskatsausta kirjoitettaessa löytyi mielenkiintoinen artikkeli liikuntaneuvontamallien kehittämisestä ja toteuttamisesta. Liikuntaneuvonta on tärkeä osa terveyden edistämistä. Toimivia liikuntaneuvontamalleja on olemassa vähän ja Porissa sellaista ei ole käytössä ollenkaan. Tästä syntyi idea suunnitella Palvelukeskus Soteekille oma liikuntaneuvontamalli.

Uusi idea esitettiin Palvelukeskus Soteekin toiminnasta vastaavalle fysioterapian opettajalle sekä opinnäytetyön ohjaajalle. Hyvin perusteluin esitelty idea liikuntaneuvontamallin suunnittelusta hyväksyttiin. Opinnäytetyö ei siis ole tilaustyö, vaan se on kirjoittajien oma idea, jota tarjottiin Palvelukeskus Soteekille, koska vastaavaa palvelua ei ollut olemassa Porissa. Näin ollen saimme melko vapaat kädet opinnäytetyön tekemiseen, vaikka kaikki suunnitelmat on tietenkin hyväksytetty Soteekissa.

Heti alusta alkaen oli selvää, että liikuntaneuvontamallin toteutuksessa käytettäisiin hyväksi Palvelukeskus Soteekin moniammatillista henkilökuntaa. Moniammatillinen yhteistyö luo pohjan monipuoliselle ja asiantuntevalle terveyden edistämiselle. Mallin sisältöä päätettäessä pohdittiin myös sitä, että kenellä on riittävästi ammattitaitoa toteuttaa mallin sisällä olevat palvelut. Yhteistyö sosiaalialan koulutusohjelman kanssa piti olla aluksi tiivistä. Suunniteltu tapaaminen sosionomiopettajan ja sosionomiopiskelijoiden kanssa jäi kuitenkin toteuttamatta kiireellisen aikataulun vuoksi. Idea syvällisestä yhteistyöstä jäi haaveeksi ja päätimme, että sosionomipalveluiden miettiminen tarkemmin jää tulevaisuuteen. Näin ollen oli vaikeaa määritellä tarkalleen mitä annettavaa sosionomiopiskelijoilla on liikuntaneuvontamallin palveluihin. Malliin lisättiinkin vain yleisesti sosionomipalvelut ja toivottavasti tulevaisuudessa se esitellään sosionomiopiskelijoille ja joku heistä tekisi aiheesta oman opinnäytetyön, jossa kehittäisi monipuolisesti laajemmaksi tätä tärkeää puolta työttömien liikuntaneuvonmallista.

Halusimme kuitenkin sosionomiopiskelijat tiiviisti mukaan liikuntaneuvontamallin toteutukseen, kuten haastatteluosuuteen, tavoitteiden laatimiseen sekä pienryhmätapaamisiin. Tulevaisuudessa sosionomiopiskelijat tarkentavat omaa osaamistaan ja vastuualueitaan. Sairaanhoidaja- / terveydenhoitajaopiskelijoiden rooli on mielestämme selkeä. He vastaavat terveystarkastuksista ja lisäksi terveydenhoitajaopiskelijat ovat mielestämme pätevimpiä antamaan neuvontaa hyvinvointikeskusteluissa erityisesti unen laadusta. Fysioterapeuttien rooli on suuri, koska heidän koulutukseensa sisältyy terveyden edistämistä, kuntotestausta, liikuntafysiologiaa ja –psykologiaa sekä ravitsemusta. Ja koska olemme fysioterapiaopiskelijoita, malli tehtiin fysioterapian näkökulmasta. Näemmekin fysioterapiaopiskelijat liikuntaneuvontamallin päävetäjinä.

Kaikki opiskelijat haluttiin saada sitoutumaan toimintaan koko prosessin ajaksi, jotta prosessi säilyy ehjänä ja osallistujien on helppo kohdata tutut ihmiset. Liikuntaneuvontamallin vetäjät saavat siis työstään vapaasti valittavia opintopisteitä. Vaikka opintopisteitä on tarjolla, ei ole itsestään selvää, että liikuntaneuvontamallin toteuttamiseen saadaan riittävä määrä opiskelijoita. Soteekin on ollut vaikea saada opiskelijoita sitoutumaan pitkiin projekteihin. Toivottavasti tämän liikuntaneuvontamallin toteuttaminen herättäisi kiinnostusta niin opettajissa kuin opiskelijoissakin ja toiminta lähtisi käyntiin. Terveysten edistäminen on tärkeä osa tämän päivän ja tulevaisuuden fysioterapiaa, toivottavasti opiskelijat ymmärtävät sen ja hakevat tästä projektista arvokasta kokemusta tulevaisuuttaan ajatellen. Saadaanko opiskelijat osallistumaan ja sitoutumaan projektiin? Tämä on, projektin kustantajan ohella, yksi tärkeimmistä kysymyksistä liikuntaneuvontamallin käytännön toteutuksen kannalta.

Liikuntaneuvontamalli pohjautuu vahvasti liikuntafysiologiaan ja –psykologiaan, joista oli jo koottu kirjallisuuskatsausta ennen aiheen vaihtamista. Työttömille suunnatun liikuntaneuvontamallin toteuttaminen vaati kuitenkin lisää teoretietoa työttömyydestä, työttömien hyvinvoinnista ja työttömien yleisimmistä sairauksista. Liikuntapsykologian osalta syvennyttiin vielä enemmän transteoreettiseen muutosvaihemalliin ja motivoivaan haastatteluun, jotka vaikuttavatkin voimakkaasti neuvontamallin taustalla. Liikuntapsykologiaa käsittelevää kirjallisuutta oli huomattavasti vaikeampaa löytää, kun taas liikuntafysiologiasta löytyy hyvin paljon kirjallisuutta. Aluksi tuntuikin, että liikuntafysiologia korostuu liiaksi, koska siitä oli helpompi löytää kirjallisuutta. Loppujen lopuksi kirjallisuuskatsauksesta tuli kuitenkin tasapainoinen.

Liikuntafysiologiasta ja erityisesti terveystoiminnasta kirjoittaessa pohdittiin terveystoimintasuositusten riittämättömyyttä inaktiivisille henkilöille. Käsillä onkin ollut termien terveystoiminta ja fyysinen aktiivisuus ero. Julin miettii artikkelissaan ”terveystoimintaa vai fyysistä aktiivisuutta?”, olisiko aika jättää terveystoiminta-termin kokonaan pois. Perustelut tähän ovat hyviä. Tutkimusten mukaan suomalainen kansa on hyvinkin liikunnallista, mutta samaan aikaan toisten tutkimusten mukaan olemme huonommassa kunnossa kuin koskaan. Tästä voidaan päätellä, että pelkkä liikunta ei enää riitä tuomaan kansalle hyvinvointia. Eli pitäisikö meidän alkaa puhumaan fyysisestä aktiivisuudesta terveystoiminnan sijaan? Näin voisimme keskittyä liikunnan

harrastamisen sijaan siihen, että yksilö olisikin koko hereillä olo aikansa fyysisesti aktiivinen. Uusimmat suositukset ovat jo siirtyneet tähän, esimerkiksi Kanadassa ei pyritä enää antamaan ohjeita pelkkään liikuntaan vaan liikunnan lisäksi myös siihen, miten vältetään fyysistä inaktiivisuutta ja oltaisiin arjessa aktiivisia. (Julin 2011b, 82.) Samaa mieltä Vasankari kirjoituksessaan ”Lisää liikuntaa vai vähemmän istumista?”. Hän pohtii, pitäisikö meidän panostaa vieläkin kovemmin lihaskuntoa parantavaan liikuntaan ja kohtuullisesti kuormittavaan kestävyysliikuntaan vai voisimmeko saada todella parempia tuloksia jos vain vähentäisimme liikkumattomana vietettyä aikaa? Tähän on vielä vaikea antaa tutkimuksiin perustavaa vastausta, koska nykyiset tutkimukset ovat keskittyneet liikkumattomuuden sijaan liikkumiseen. (Vasankari 2011, 2.)

Liikuntaneuvontaprosessi suunniteltiin vuoden mittaiseksi ja yhteydenpito pyrittiin suunnittelemaan intensiiviseksi, asiakasta tukevaksi ja motivoivaksi kokonaisuudeksi. Kaikki liikuntaneuvonnan osa-alueet pyrittiin suunnittelemaan toteutettavaksi Soteekin tiloissa. Näin ajateltiin saavutettavan asiakkaalle luottavaisempi ja turvallisempi olo sekä kokonaisuuden tunne liikuntaneuvonnasta. Suunniteltaessa mallia haluttiin kontaktikäyntejä ja etäkontakteja olevan ennemmin liian paljon kuin liian vähän. Kun ensimmäinen liikuntaneuvontaprosessi on saatu päätökseen, on syytä pohdita kertojen määrä uudelleen. Lisäksi yhteistyön kartoittaminen erilaisten palvelutuottajien suhteen on todennäköisesti ajankohtaista jo ensimmäisen liikuntaneuvontaprosessin aikana. Olisi ideaalista, jos Soteekki pystyisi luomaan työttömien liikuntaneuvontamallia tukevan verkoston, johon kuuluisi lääkäri –ja psykologipalvelut sekä paremmat liikuntapalvelut. Tämä voisikin olla Soteekin seuraava kehitysaskel.

Vaikka liikuntaneuvontamalli on suunnattu työttömille, on sitä mahdollista käyttää pohjana pienin sovelluksin myös muiden ryhmien liikuntaneuvonnalle. Liikuntafysiologian ja liikuntapsykologian osuudet pätevät kaikkeen liikuntaneuvontaan. Liikuntaneuvontamalliin voi kohderyhmän vaatimusten, tarpeiden ja toivomusten mukaan tehdä tarvittavia muutoksia. Toivommekin, että Soteekki antaa tulevaisuudessa esimerkkiä Satakunnan alueen kaupungeille ja kunnille kehittämällä liikuntaneuvontaa ja pyörittämällä liikuntaneuvontamallia niin työttömille kuin muillekin liikuntaneuvontaa tarvitseville kohderyhmille. Tällaisia ryhmiä voisivat olla esimerkiksi terveysriskiryhmään kuuluvat, ylipainoiset ja yritysten huonokuntoiset työntekijät.

Työhön pyrittiin saamaan uusia, tulevaisuuden menetelmiä. Yksi tällainen esimerkki on liikuntaneuvontaan suunniteltu tavoite-lomake, joka on tehty Kelan GAS -lomakkeen tyyliseksi. GAS -lomake yhdistää fysioterapeutit muihin palveluntuottajiin, koska tulevaisuudessa Kela vaatii sen kaikilta. Tämä valittiin, koska päätavoitteen laatimisen lisäksi siinä pitää määritellä tavoitteen tasot sekä pohtia tavoitteen saavuttamista estäviä ja edistäviä tekijöitä. Haastattelulomakkeessa onnistuttiin hyvin, siitä saa hyvän kokonaiskuvan asiakkaan hyvinvoinnista sekä se kattaa hyvin teoriaosuudessa käsitellyt osa-alueet. Lisäksi halusimme ottaa siihen mukaan pohdintaa passiivisuuden vähentämisestä, josta on puhuttu pohdinnassa aiemmin. Kehitysideana liikuntaneuvontamalliin olisi, että liikuntaneuvontaprosessin suorittaneille työttömille kehitettäisiin niin sanottu todistus osallistumisesta. Tätä todistusta työttömät voisivat näyttää sekä työvoimatoistolle että mahdolliselle työnantajalle ja näin osoittaa, että on pyrkinyt pitämään työkykyään yllä tai parantamaan sitä.

Koska Soteekin toiminta on maksullista, piti miettiä myös projektin mahdollisia kustantajia. Työttömien itsensä maksettavaksi vuoden kestävä liikuntaneuvontamalli on liian kallis. Kuka sen sitten maksaa? Mielestämme Työvoimahallinto olisi paras vaihtoehto. Liikuntaneuvontamallin kaltainen toiminta pyrkii mahdollistamaan työttömien paremman työkyvyn ja uudelleentyöllistymisen, mikä tukee työvoimahallinnon toimintaa. Työvoimahallinnon ja Porin Seudun Työttömät Ry:n kanssa piti järjestää tapaaminen, jossa olisi ensinnäkin pohdittu liikuntaneuvontamallin markkinointikanavia, mutta myös projektin yhteistyötahoja sekä kustantajia. Keskusteluissa Soteekin kanssa päätettiin, että liikuntaneuvontamallin rahoituksen ja markkinoinnin suunnittelu ja toteutus ajoitetaan lähemmäs liikuntaneuvontamallin toteutuksen aloitusta.

LÄHTEET

- Aittasalo M. & Vasankari T. 2011. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.). Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aromaa A. & Koskinen S. (toim.). 2010. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Loppuraportti työsuojelurahastolle. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.10.2011. <http://www.thl.fi>.
- Bandura, A. 1994. Self-efficacy. New York: Encyclopedia of Human Behavior vol. 4.
- Bandura, A. 2004. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior vol. 31.
- Bäckmand, H. & Vuori, I. 2010. Yleinen ja kallis, mutta ehkäistävä kansanterveysongelma. Teoksessa H. Bäckmand & I. Vuori (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimityö – Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Eriksson, J.G. 2011. Diabetes. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 4. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Fogelholm, M. 2011. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.). Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Fogelholm, M. 2007. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Teoksessa R. Prättälä & L. Paalanen (toim.). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa – Terveys 2000 - tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Viitattu 25.10.2011. <http://www.terveys2000.fi>
- Fogelholm, M., Oja, P. 2011. Terveysliikuntasuositukset. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Fogelholm, M. & Kaukua, J. 2011. Lihavuus. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 4. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Godfrey, R & Whyte, G. 2006. Training specificity. Teoksessa G. Whyte, N. Spurway & D. MacLaren. The Physiology of Training. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Heikkinen, E. & Ilmarinen, J. 2001. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 117(6), 653-660. Viitattu 14.11.2011. <http://www.duodecimlehti.fi>
- Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 25.10.2011. <http://www.thl.fi>

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio M., Sinervo T., Aalto, A-M. & Keskimäki I. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 13.10.2011. <http://www.tem.fi>.

Holm, P., Jalava, J. & Ylöstalo, P. 2006. Työttömien työkyky 2005 – vertailuja palkansaajiin. Työpoliittinen tutkimus 2006. Viitattu 20.10.2011. <http://www.mol.fi>.

Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 -katsaus: Terveysliikunnansuosituksat täyttyvät heikosti. Liikunta & Tiede 48.

Härkönen, J. & Räsänen P. 2008. Liikaliikavuus, työttömyys ja ansiotaso. Työelämän tutkimus – Arbetslivsforskning 1/2008. Viitattu 17.10.2011. <http://www.yale.edu/ciqle/PUBLICATIONS/>

Javanainen, M. 2007. Liikunta. Duodecim, terveyskirjasto. Viitattu 14.11.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Julin M. 2011. Fysioterapia muutoksen kourissa? Fysioterapia 58.

Julin M. 2011b. Terveysliikuntaa vai fyysistä aktiivisuutta? Liikunta ja tiede 48.

Kannus, P. 2011. Osteoporoosi ja kaatumistapaturmat. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koski-Jännes A. 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa A. Koski-Jännes, L. Riittinen & P. Saarnio (toim.). Kohti muutosta - Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Koutedakis, Y., Metsios, G., Stavropoulos-Kalinoglou, A. 2006. Periodization of exercise training in sport. Teoksessa G. Whyte, N. Spurway, D. MacLaren. The Physiology of Training. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Koivuniemi K. & Suutari A. 2010. Hankerahoitteisia liikuntaneuvontakäytäntöjä. Teoksessa K. Koivuniemi & A. Suutari (toim.) Kokemuksia toimivista liikuntaneuvontakäytännöistä. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES.

Kukkonen-Harjula, K. 2011. Kohonnut verenpaine. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kukkonen-Harjula, K. 2011b. Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kukkonen-Harjula, K & Rauramaa, R. 2011. Kohonnut verenpaine. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 4. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lamminen, H. & Mäkelä, T. 2010. Soteekki – Sosiaali- ja terveysalan palvelukeskus. Toimintakertomus 2010. Satakunnan ammattikorkeakoulu TKI.

Lindroos, S. 2010. Liikunta-aktiivisuuden lisääminen – pitkäaikaistyöttömien kokemuksia tuetulta liikuntajaksolta. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteen laitos.

Martelin, T., Hyypä, M. T., Joutsenniemi, K. & Nieminen, T. 2007. Hyvä kumppani ja kivat kaverit tuovat terveyttä arkeen. Teoksessa J. Huttunen & P. Mustajoki (toim.). Elämä pelissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

McArdle, W., Katch, F. & Katch, V. 2010. Exercise Physiology: Nutrition, Energy and Human Performance. 7. uud. p. Baltimore. Lippincot Williams & Wilkins.

Mustajoki P. & Kunnamo I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim, terveyskirjasto. Viitattu 13.10.2011
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mäkinen, T. 2011. Liikunnallinen elämäntapa – yksilön valinnasta yhteiskunnan tukemaksi mahdollisuudeksi?. Liikunta & Tiede 48.

Mäki-Opas, J. 2009. Pystyvyyden tunteen yhteys terveyttä määrittäviin tekijöihin. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Nupponen, R. 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2.uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nupponen, R. 2011b. Masennus ja ahdistuneisuus. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2.uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nupponen, R. & Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2.uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Partonen, T. 2011. Mielenterveyden häiriöt. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 4. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Porin Kaupunki, Talouspalvelut, 2011. Porin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2011. 38. vuosikerta. www.pori.fi/julkaisut

Prochaska, J. & DiClemente, C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of achange. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51 (3).

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross J. C. 1992. In Search of How People Change – Applications to Addictive Behavior. American Psychologist. Vol. 47, No. 9.

Rovio, E., Hakonen, H., Laine, K., Helakorpi, S., Uutela, A., Havas, E. & Tammelin, T. 2011. Perherakenteen yhteys suomalaisten aikuisten liikunta-aktiivisuuteen. Liikunta & Tiede 48.

Salminen, J. J. & Pohjolainen, T. 2010. Selkäkipu. Teoksessa H. Bäckmand & I. Vuori (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimestö – Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Savonen, K. 2010. Liikkumattomasta liikkujaksi- hitaasti kiihdyttäen . Liikunta & Tiede 47.

Sipilä, N. & Wessman, J. 2011. Liikunta. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/esimerkkeja/elintavat-esim

Suni, J. & Vuori I. 2010. Tuki- ja liikuntaelinterveyden hankkiminen ja säilyttäminen. Teoksessa H. Bäckmand & I. Vuori (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimestö – Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimatutkimus. 2011. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 13.10.2011. <http://www.stat.fi>

Toropainen, E. 2011. Miten liikkeelle?. Terveysliikunta uutiset – liikkumattomuus haasteena. Tampere: UKK-instituutti.

Työterveyslaitos. 2010. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009. Viitattu 3.2.2011. <http://www.ttl.fi>.

Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. 2011. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 13.10.2011. <http://www.tem.fi>

UKK-instituutti. 2011. Liikuntapiirakka. Viitattu 30.6.2011. <http://www.ukkinstituutti.fi>

Vasankari, T. 2010. Joko teidän kunnassa annetaan liikuntaneuvontaa?. Teoksessa Koivuniemi, K. & Suutari, A. (toim.). Kokemuksia toimivista liikuntaneuvontakäytännöistä. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES.

Vasankari, T. 2011. Lisää liikuntaa vai vähemmän istumista?. Terveysliikunta uutiset – Liikkumattomuus haasteena. Tampere: UKK-instituutti.

Vedenkannas, E., Koskela, T., Tuusa, M., Jalava, J., Harju, H., Särkelä, M. & Notkola V. 2011. Vajaakuntoinen TE-toimiston asiakkaana. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 18.10.2011. <http://www.tem.fi>

Vuori, I. & Ruuskanen, E (toim.). 2000. Tehokas ja turvallinen terveysliikunta. 2. uud. p. Tampere: UKK-instituutti.

Vuori, I. 2011. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.). Terveysliikunta. 2.uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vuori, I. 2011b. Valtimoita ahtauttavat sairaudet. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.). Terveysliikunta. 2.uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vuori, I. & Kesäniemi, A. 2011. Sepelvaltimotautui ja sydämen vajaatoiminta. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.). Liikuntalääketiede. 4. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta & Tiede 81.



Nimi:

Syntymäaika:

Osoite:	
Puhelin:	
Sähköposti:	
Siviilisäät:	
Koulutus:	
Ammatti:	
Työttömyyden kesto:	

1. Millaiseksi koet terveydentilasi? Ympyröi.

Erittäin hyvä.....Hyvä Tyydyttävä Välttävä Huono

2. Tiedetut sairaudet tai vaivat? Rastita.

<input type="checkbox"/> Ylipaino / Lihavuus	<input type="checkbox"/> Masennus
<input type="checkbox"/> Diabetes / Kohonnut verensokeri	<input type="checkbox"/> Hengityselinsairaus, mikä?
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, mikä?
<input type="checkbox"/> Kohonnut kolesterol	<input type="checkbox"/> Lihasvaivat, mikä?
<input type="checkbox"/> Nivelvaivat, mikä?	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?

3. Lääkitys?

4. Tupakointi?

5. Alkoholin käyttö? (täytetään erillinen Audit- kysely)



6. Liikuntatottumukset? (kuinka usein, kuinka rasittavasti, säännöllisyys, liikuntakerran kesto, liikuntalajit, kuinka kauan viimeisestä liikuntakerrasta)

7. Millaiseksi koet fyysisen kuntosi? Ympyröi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Kuinka motivoitunut olet liikkumaan? Ympyröi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Esteet liikkumiselle? Rastita.

	Ajan puute		Motivaation puute
	Välineiden tai liikuntapaikkojen puute		Ympäristö
	Aiemmat negatiiviset kokemukset		Ei tietoa liikuntatarjonnasta, liikuntalajeista
	Laiskuus, itsekurin puute		Liikuntakaverin puute
	Sairaudet, vammat, ym.		Puutteellinen tieto liikunnan vaikutuksista
	Omien liikuntakykyjen epäily		Muu, mikä?

10. Mikä motivoi tai voisi motivoida sinua liikkumaan? Rastita.

	Myönteiset käsitykset liikunnasta		Liikunnan tuottama hyvä olo
	Läheisten kiinnostus / kannustus		Usko omaan liikuntakykyihin
	Aikaisemmat myönteiset kokemukset		Unen laadun parantuminen
	Sairauksien ehkäisy		Jaksaminen / selviytyminen arjesta
	Painonhallinta / painonpudotus		Henkilökohtainen liikuntaohjelma
	Hyvät liikuntamahdollisuudet		Muu, mikä?



11. Arvioi haastattelijan kanssa, missä liikuntakäyttämisenvaiheessa olet TTM-mallin mukaan tällä hetkellä? Ympyröi.

Esiharkinta Harkinta Valmistelu Toiminta Ylläpito

12. Ravintotottumukset? (kuinka säännöllistä, lämpimien aterioiden määrä, millaista ravintoa, kasvisten / hedelmien määrä, nesteiden saanti, välipalojen säännöllisyys ja laatu, tekeekö ruuan itse, lautasmallin toteutuminen, herkkujen määrä)

13. Millaiseksi koet elämänlaatusi? Ympyröi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Kerro sosiaalisista suhteistasi?

15. Odotukset ja tavoitteet liikuntaneuvonnalta?

TÄYTÄ TÄSSÄ KOHTAA ERILLINEN TAVOITELOMAKE!



16. Mitä konkreettista olet valmis tekemään saavuttaaksesi asettamasi tavoitteet?

17. Mitä voit tehdä vähentääksesi päivittäistä passiivisuutta?

Vähentämällä television katselua	Vähentämällä tietokoneen käyttöä
Kulkemalla lyhyet matkat kävellen / pyöräillen	Lisäämällä muuta hyödyllisyyttä
Leikkiä aktiivisemmin lasten kanssa	Soittamisen sijaan tapaam ystäviäni kasvotusten
Käyttämällä portaita hissien sijasta	Muu, mikä?

Tämä haastattelulomake toimii liikuntaneuvonnan pohjana. Tämä ja kaikki liikuntaneuvonnan aikana täytetyt lomakkeet arkistoidaan Palvelukeskus Soteekkiin. Kaikki tieto on luottamuksellista.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun toimintaan ja mahdollisiin testauksiin omalla vastuullani.

Päivämäärä ____ / ____ 20__

Asiakkaan allekirjoitus

Haastattelijan allekirjoitus

Audit

Rastita se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- 0 ☐ ei koskaan
 1 ☐ noin kerran kuussa tai harvemmin
 2 ☐ 2-4 kertaa kuussa
 3 ☐ 2-3 kertaa viikossa
 4 ☐ 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä näivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 0 ☐ 1-2 annosta
 1 ☐ 3-4 annosta
 2 ☐ 5-6 annosta
 3 ☐ 7-9 annosta
 4 ☐ 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0 ☐ en koskaan
 1 ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
 2 ☐ kerran kuussa
 3 ☐ kerran viikossa
 4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0 ☐ ei koskaan
 1 ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
 2 ☐ kerran kuussa
 3 ☐ kerran viikossa
 4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0 ☐ en koskaan
 1 ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
 2 ☐ kerran kuussa
 3 ☐ kerran viikossa
 4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Ryppyillä käyntiin?

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- 0 ☐ en koskaan
 1 ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
 2 ☐ kerran kuussa
 3 ☐ kerran viikossa
 4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Morkkis?

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0 ☐ en koskaan
 1 ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
 2 ☐ kerran kuussa
 3 ☐ kerran viikossa
 4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- 0 ☐ en koskaan
 1 ☐ harvemmin kuin kerran kuussa
 2 ☐ kerran kuussa
 3 ☐ kerran viikossa
 4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- 0 ☐ ei
 1 ☐ on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
 4 ☐ kyllä, viimeisen vuoden aikana

Tuliko sanomista?

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- 0 ☐ ei koskaan
 1 ☐ on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
 4 ☐ kyllä, viimeisen vuoden aikana



Soteekki
Sosiaali- ja terveysalan palvelukeskus

TAVOITELOMAKE

Nimi:

Tavoitteen laatimispäivämäärä:

TAVOITE 1.

Päätavoite:

Miten pyrin saavuttamaan tavoitteen?

Tavoitteen määrittely	Tason määrittely	Arviointipvm
	Selvästi odotettua huonompi	
	Jonkin verran odotettua huonompi	
	Tavoitetaso	
	Jonkin verran odotettua parempi	
	Selvästi odotettua parempi	

Mikä esti tai edisti tavoitteeseen pääsyä?

TAVOITE 2.

Päätavoite:

Miten pyrin saavuttamaan tavoitteen?

Tavoitteen määrittely	Tason määrittely	Arviointipvm
	Selvästi odotettua huonompi	
	Jonkin verran odotettua huonompi	
	Tavoitetaso	
	Jonkin verran odotettua parempi	
	Selvästi odotettua parempi	

Mikä esti tai edisti tavoitteeseen pääsyä?

Nimi: Malliasiakas

Tavoitteen laatimispäivämäärä: 10.10.2011

TAVOITE 1.

Päätavoite:

Paremmen työkyvyn saavuttaminen, virkeämpi olo.

Miten pyrin saavuttamaan tavoitteen?

Pyrin löytämään mielekkään liikuntaharrastuksen ja liikkumaan säännöllisesti.

Tavoitteen määrittely	Tason määrittely	Arviointipvm
Sopivaa lajia ole löytynyt, ei ollenkaan liikuntaa	Selvästi odotettua huonompi	
Sopiva laji löytynyt, mutta ei säännöllistä liikuntaa	Jonkin verran odotettua huonompi	
Sopiva laji löytynyt, liikuntaa 1-2 x viikko	Tavoitetaso	
Liikuntaa 3 x viikko	Jonkin verran odotettua parempi	
Liikuntaa 4 x viikko	Selvästi odotettua parempi	

Mikä esti tai edisti tavoitteeseen pääsyä?

Esti: lenkkikaverin puute, ei katuvaloja. Edisti: huomasin että mieli oli virkeämpi lenkin jälkeen.

TAVOITE 2.

Päätavoite:

Luoda enemmän sosiaalisia suhteita.

Miten pyrin saavuttamaan tavoitteen

Alan taas pitää enemmän yhteyttä sukulaisiin ja ystäviin.

Tavoitteen määrittely	Tason määrittely	Arviointipvm
Tilanne ennallaan.	Selvästi odotettua huonompi	
Olen jo harkinnut yhteydenpitoa, mutta en ole toteuttanut sitä.	Jonkin verran odotettua huonompi	
Olen ollut puhelinyhteydessä muutamiin ystäviin/sukulaisiin.	Tavoitetaso	
Olen puhelinyhteyden lisäksi tavannut muutamia ystäviä/sukulaisia.	Jonkin verran odotettua parempi	
Yhteydenpito on viikoittaista ja säännöllistä.	Selvästi odotettua parempi	

Mikä esti tai edisti tavoitteeseen pääsyä?

Esti: vanhat ystävät muuttaneet kauemmas, ei sopivaa kulkuneuvoa. Edisti: olen saanut uusia ystäviä tämän projektin kautta.

Nimi: Ikä: Sukupuoli:

	PVM:	PVM:	PVM:	PVM:	PVM:
Verenpaine (syst. / diast. mmHg)					
Pituus (cm)					
Paino (kg)					
Painoindeksi, BMI					
Vyötärön ympärys (cm)					
Kestävyyskunto (max. hapenotto / kuntoluokka)					
Yhdellä jalalla seisominen (sek. / kuntoluokka)					
Dynaaminen vatsalihastesti (toistot / kuntoluokka)					
Selän staattinen kestävyys (sek. / kuntoluokka)					
Muunneltu punnerrus (toistot / kuntoluokka)					
Toistokyykistys (toistot / kuntoluokka)					

Verenpaine	Systolinen		Diastolinen
Normaali	< 130	ja	< 85
Tyydyttävä	130-139	ja	85-89
Lievästi kohonnut	140-159	tai	90-99
Kohtalaisesti kohonnut	160-179	tai	100-109
Huomattavasti kohonnut	> 180	tai	≥ 110

Vyötärön ympärys	Naiset	Miehet
Riski lisääntynyt kun vyötärön ympärys	> 80 cm	> 90 cm

Kävelytestin kuntoindeksi	Kuntotaso
< 70	Keskimääräistä huomattavasti matalampi
70-89	Keskimääräistä vähän matalampi
90-110	Keskimääräinen
111-130	Keskimääräistä vähän korkeampi
> 130	Keskimääräistä huomattavasti korkeampi

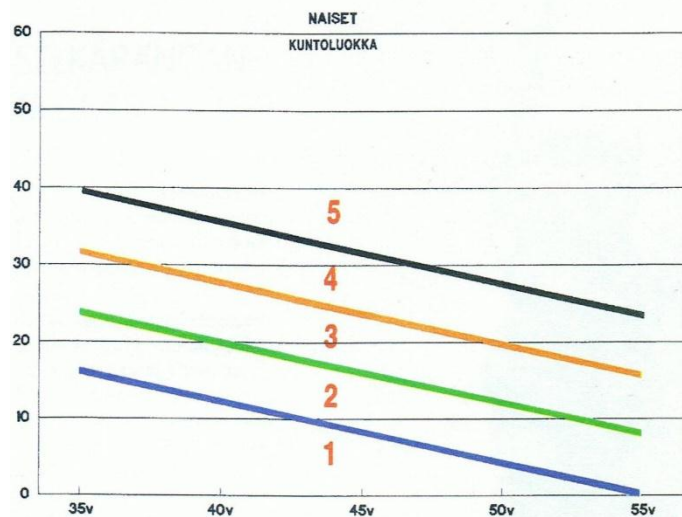
Painoindeksi	Luokittelu
< 18,5	Ihannetta pienempi paino
18,5 - 24,9	Ihannepaino
25 - 29,9	Liikapaino (lievä lihavuus)
30 - 34,9	Merkittävä lihavuus
35 - 39,9	Vaikea lihavuus
> 40	Sairaalloinen lihavuus

Polkupyöräergometritesti	
Kuntoluokka	Kuntotaso
1	erittäin heikko
2	heikko
3	välttävä
4	keskinkertainen
5	hyvä
6	erittäin hyvä
7	erinomainen

Verenpaine, vyötärön ympärys, painoindeksi ja kävelytestin kuntoindeksi: Fogelholm, M., Vuori, I., Vasankari, T. (toim.) 2011. Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Polkupyöräergometritesti: Keskinen, K.L., Häkkinen, K. & Kallinen, M. 2004. Kuntotestauksen käsikirja. Tampere: Liikuntatieteellinen Seura Ry.

TOISTOKYKYKISTYS

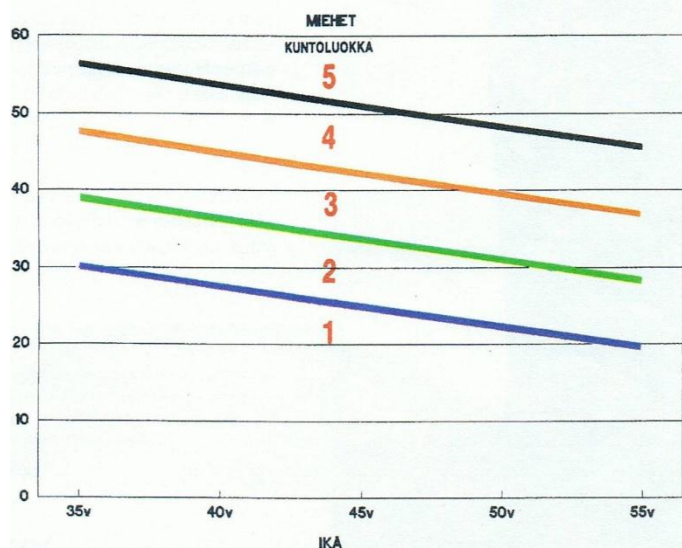


Yhdellä jalalla seisominen, naiset			
Kuntoluokka	31-40 v	41-50 v	51-60 v
5	60	60	60
4	60	60	37-59
3	60	60	22-36
2	26-59	31-59	14-21
1	≤ 25	≤ 30	≤ 13

UKK-instituutti.

Yhdellä jalalla seisominen, miehet			
Kuntoluokka	31-40 v	41-50 v	51-60 v
5	60	60	60
4	60	60	60
3	60	60	32-59
2	42-59	39-59	15-31
1	≤ 41	≤ 38	≤ 14

UKK-instituutti.



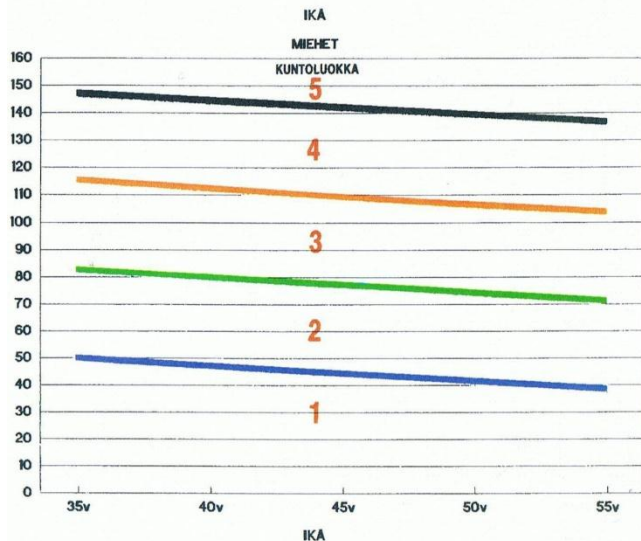
Dynaaminen vatsalihastesti, naiset			
Kuntoluokka	31-40 v	41-50 v	51-60 v
5	-	-	-
4	-	-	15
3	15	15	6-14
2	-	7-14	45
1	≤ 14	≤ 6	≤ 3

UKK-instituutti.

Dynaaminen vatsalihastesti, miehet			
Kuntoluokka	31-40 v	41-50 v	51-60 v
5	-	-	-
4	-	-	-
3	15	15	15
2	-	-	7-14
1	≤ 14	≤ 14	≤ 6

UKK-instituutti.

ORTON Invalidisäätiö.



ORTON Invalidisäätiö.

Muunneltu punnerrus, naiset			
Kuntoluokka	31-40 v	41-50 v	51-60 v
5	≥ 14	≥ 13	≥ 11
4	11-13	11-12	9-10
3	10	10	7-8
2	9	8-9	5-6
1	≤ 8	≤ 7	≤ 4

UKK-instituutti.

Muunneltu punnerrus, miehet			
Kuntoluokka	31-40 v	41-50 v	51-60 v
5	≥ 17	≥ 16	≥ 14
4	15-16	14-15	13
3	13-14	12-13	11-12
2	11-12	10-11	8-10
1	≤ 10	≤ 9	≤ 7

UKK-instituutti.

Kuntoluokka	Määrittely
5	Selvästi keskimääräistä parempi tulos
4	Jonkin verran keskimääräistä parempi tulos
3	Keskimääräinen tulos
2	Jonkin verran keskimääräistä heikompi tulos
1	Selvästi keskimääräistä heikompi tulos

UKK-instituutti.